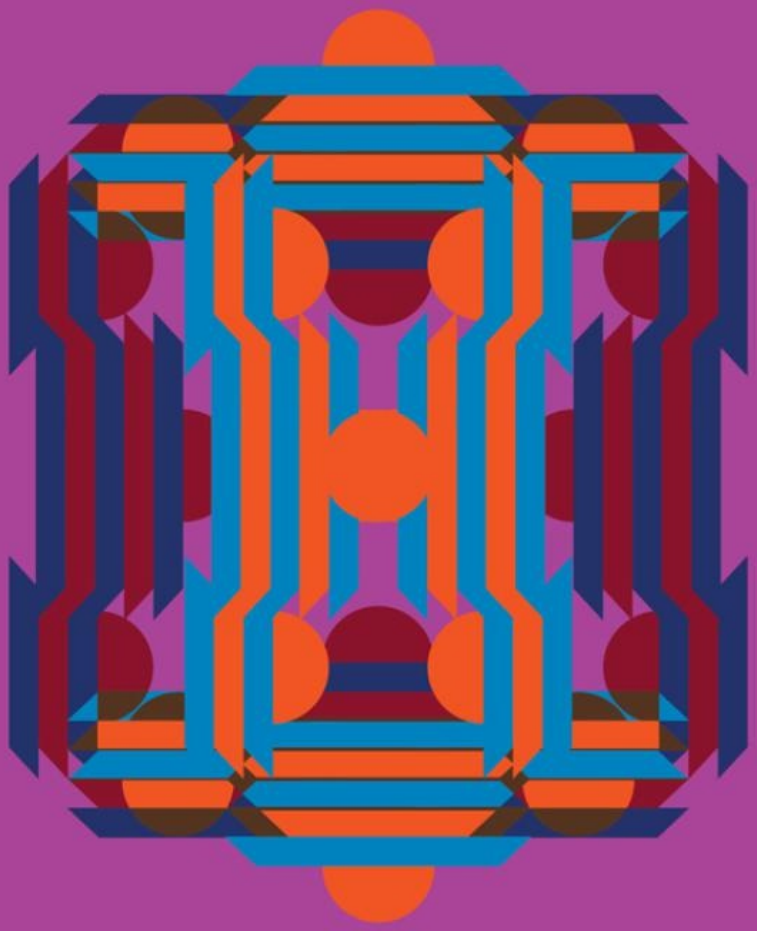
Femei în terapie

Harriet Lerner

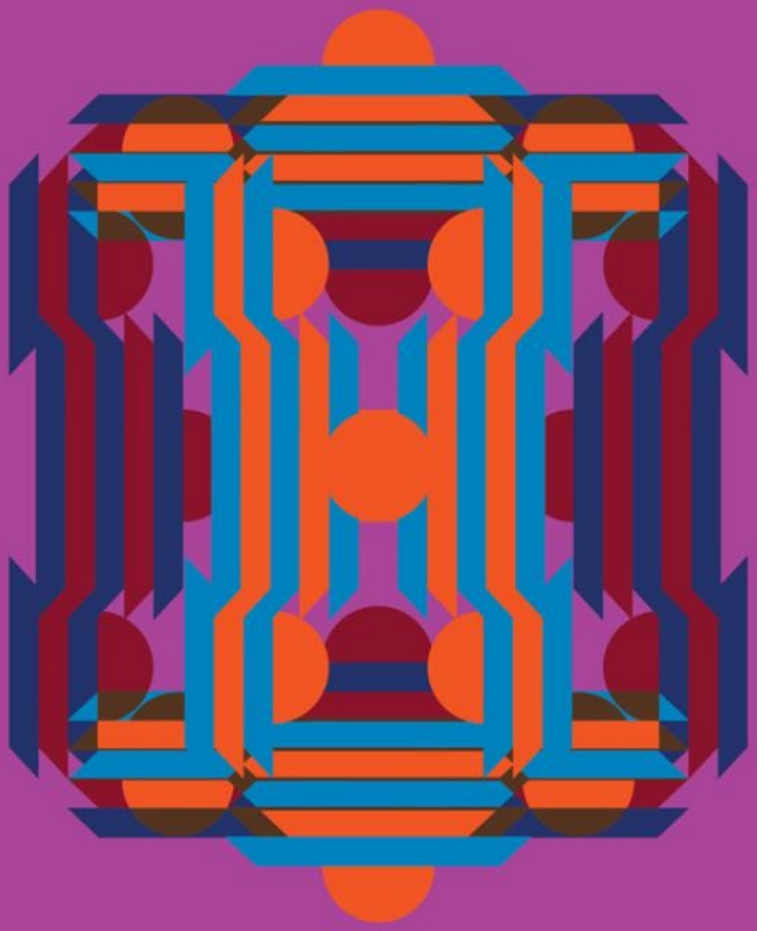


TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Femei în terapie

Harriet Lerner

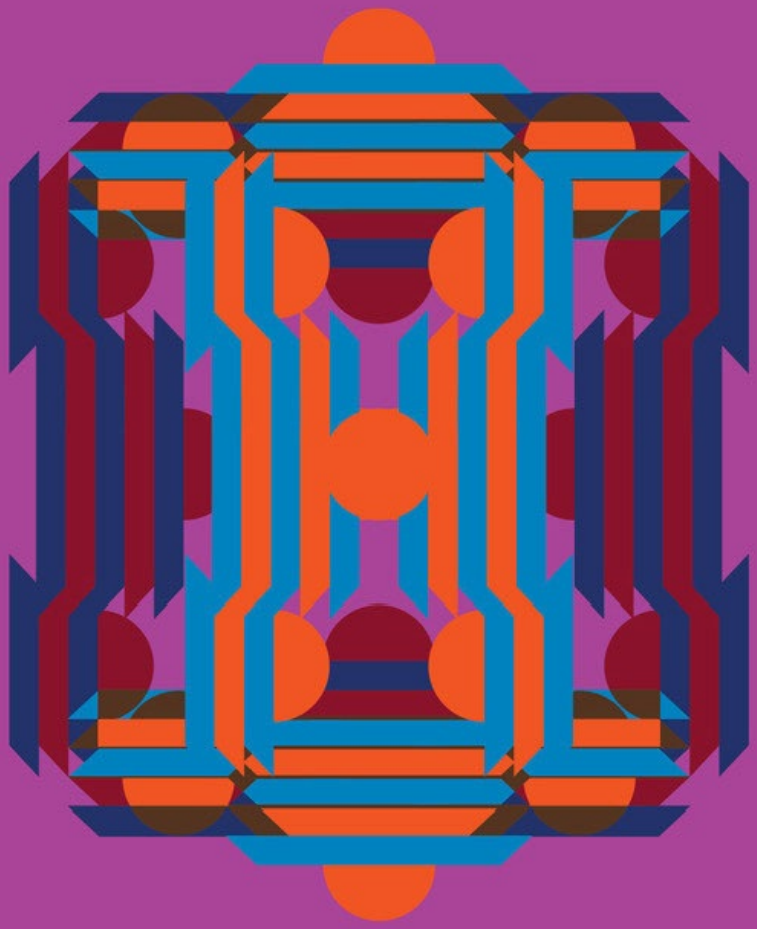


TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Femei în terapie

Harriet Lerner



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

Harriet G. Lerner, Ph.D.

FEMEI ÎN TERAPIE

Traducere din limba engleză de
Laura Netea

TREI

Editori:

SILVIU DRAGOMIR

VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:

MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:

Manuela Sofia Nicolae

Design și ilustrație copertă:

FABER STUDIO (ADELINA BUTNARU)

Director producție:

CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:

Crenguța Rontea

Corectură:

Cristina-Gabriela Teodorescu

Conţinutul acestei lucrări electronice este protejat prin copyright (drepturi de autor), iar cartea este destinată exclusiv utilizării ei în scop privat pe dispozitivul de citire pe care a fost descărcată. Orice altă utilizare, incluzând împrumutul sau schimbul, reproducerea integrală sau parţială, multiplicarea, închirierea, punerea la dispoziţia publică, inclusiv prin internet sau prin reţele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informaţiei, altele decât cele pe care a fost descărcată, revânzarea sub orice formă sau prin orice mijloc, fără consimţământul editorului, sunt interzise. Dreptul de folosinţă al lucrării nu este transferabil.

Drepturile de autor pentru versiunea electronică în formatele existente ale acestei lucrări aparţin persoanei juridice Editura Trei SRL.

Titlul original: Women in Therapy

Autor: Harriet Lerner

Copyright © 1988 by Jason Aronson Inc.

Copyright © Editura Trei, 2022 pentru prezenta ediţie

O.P. 16, Ghişeul 1, C.P. 0490, Bucureşti

Tel.: +4 021 300 60 90 ; Fax: +4 0372 25 20 20

e-mail: comenzi@edituratrei.ro

www.edituratrei.ro

ISBN (print): 978-606-40-1481-8

ISBN (epub): 9786064018984

Capitolele din lista de mai jos, păstrându-și titlurile originale, au apărut în mai multe publicații. În plus față de aceste precizări ale aparițiilor anterioare, autoarea își exprimă recunoștința față de toate editurile care au acordat permisiunea utilizării materialelor acestora în cadrul cărții de față.

Capitolul 1 Originile invidiei față de femei și ale devalorizării lor

(1974) „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38 (6): 538–553. De asemenea, în Women and Mental Health, E. Howell și M. Bayes (coord.), pp. 26–40, New York: Basic Books, 1981. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes, P.P. Rieker și E. (Hilberman) Carmen. (coord.), pp. 111–124, New York: Plenum, 1984.

Capitolul 2 Descrierea parentală eronată a organelor genitale feminine

(1976) „Parental mislabeling of female genitals as a determinant of penis envy and learning inhibitions in women“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 24 (5): 269–283. De asemenea, în Female Psychology, H.P. Blum (coord.), pp. 269–283, New York: International Universities Press, 1977. De asemenea, în Psyche, 14: 1092–1104, 1980. (Traducere în limba germană).

Capitolul 5 Aspecte adaptative și patogene ale stereotipurilor rolurilor de gen

(1978) „Adaptive and pathogenic aspects of sex-role stereotypes: implications for parenting and psychotherapy“, în American Journal of Psychiatry, 135 (1): 48–52. De asemenea, în Women and Mental Health, E. Howell și M. Bayes (coord.), pp. 534–543, New York: Basic Books, 1981.

Capitolul 6 Fete, doamne sau femei? Dinamica inconștientă a alegerilor de

limbaj

(1979) „Girls, ladies or women? the unconscious dynamics of language choice“, în Comprehensive Psychiatry, 17 (2): 295–299. De asemenea, în Nursing Dimensions, 7 (1): 1–3, 1979.

Capitolul 7 Personalitatea isterică

(1974) „The hysterical personality: a «woman’s disease»“, în Comprehensive Psychiatry, 15 (2): 157–164. De asemenea, în Women and Mental Health, E. Howell și M. Bayes (coord.), pp. 196–206, New York: Basic Books. 1981.

Capitolul 8 Aspecte particulare cu privire la psihoterapia femeilor

(1982) „Special issues for women in psychotherapy“, în The Woman Patient: Medical and Psychological Interfaces, M.T. Notman și C.C. Nadelson (coord.), pp. 273–286, New York: Plenum. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes. P.P. Rieker și E. (Hilberman) Carmen, pp. 271–284, New York: Plenum, 1984.

Capitolul 11 Dependența feminină

(1983) „Female dependency in context: some theoretical and technical considerations“, în American Journal of Orthopsychiatry, 53 (4): 697–705. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes, P.P. Rieker și E. (Hilberman) Carmen (coord.), pp. 125–138, New York: Plenum, 1984.

Această carte este dedicată vocilor feministe
și Fundației Menninger, îndeajuns de măreață,
în valoare și spirit, pentru a încuraja diferențele.

Prefața autoarei

Înspre o mai veridică psihologie a femeilor

Dacă ar fi ca femeia zilelor noastre să își prezinte simptomele și nemulțumirile în fața a zece experți în sănătate mentală diferiți, ar primi, cel mai probabil, zece perspective diferite. Toate aceste zece perspective ar putea fi greșite. Sau toate zece ar putea fi corecte, fiecare dintre ele oglindind o altă piesă din ansamblu. Foarte multe aspecte ale psihologiei femeilor rămân necunoscute, deși continuă să fie dezvoltate numeroase teorii, din care derivă intervențiile terapeutice. Aceste teorii, incluzând-o pe a mea, sunt rareori prezentate drept opinii ipotetice și parțiale, fiind mai degrabă expuse ca adevăruri științifice actuale. Pe măsură ce generații după generații de femei au încercat să se conformeze la concepțiile dominante cu privire la ce este corect și adecvat pentru sexul din care fac parte, costurile psihologice ale acestui demers au ajuns incalculabile.

Din nefericire, teoriile referitoare la psihologia feminină sunt prezentate drept adevăruri și percepute ca deținând o viață proprie, în afara unui context specific. Indiferent cât de sofisticate sunt instrumentele noastre de cercetare și cât de sincere sunt eforturile noastre de menținere a neutralității și obiectivității, conceptualizările noastre reflectă cel mult desfășurarea interacțiunilor și maniera de dezvoltare a structurilor psihice în cadrul unei anumite forme familiale dintr-un anumit punct al istoriei patriarhale. În plus, orice teorie utilă a dezvoltării sau a comportamentului feminin trebuie să ia în calcul profundul impact al rolurilor de gen familiale și profesionale și al psihologiei grupurilor dominante și subordonate. În fine, modurile în care ne formulăm întrebările de cercetare, în care dezvoltăm teorii și în care desfășurăm psihoterapii nu sunt niciodată separabile de propriul nostru sex și de propriile experiențe familiale, care includ frici, dorințe și presupuneri inconștiente cu privire la femei. Așa cum ne amintește terapeuta de familie Betty Carter[1], nu putem să nu reacționăm în funcție de sexul, clasa socială, poziționarea în fratrii, istoricul etnic, istoricul personal, orientarea teoretică, experiența și înțelepciunea noastră ori de lipsa acesteia. Alegerea se referă la a face acest lucru conștient sau inconștient — la a glorifica teoria drept adevărul suprem sau a spune pur și simplu ce credem.

Și atunci, poate ce gândim despre subiectul femeilor în psihoterapie este mai puțin important decât cum gândim. Ne putem îndrepta către dezvoltarea unei

înțelegeri mai utile a psihologiei feminine doar atunci când recunoaștem nu doar că ne lipsesc răspunsuri, ci și că ne aflăm încă în procesul de formulare a întrebărilor potrivite și de găsire a unui limbaj potrivit în care să discutăm despre aspectele privitoare la gen. În această lumină, pentru mine a fost o experiență semnificativă de smerenie să îmi pun pe hârtie propriul travaliu asupra teoriei și terapiei femeilor, care s-a întins de-a lungul unui deceniu și jumătate. Dacă ar fi să comparăm partea finală a acestui volum cu scrierile mele de început, ar fi evident faptul că gândirea mea curentă diferă în privințe importante de ideile mele inițiale, iar aceste diferențe se reflectă în schimbări în practica mea clinică. Confruntarea cu aceste redirecționări în propria mea muncă în decursul timpului mă ajută la combaterea tendinței mele obișnuite de a striga „Evrica!“ la fiecare punct de cotitură.

Psihologia femeilor, ca și această carte în sine, este o lucrare în curs de desfășurare. Fiecare dintre noi adaugă o mică tușă la un tablou care va continua să se modifice și să se extindă de-a lungul timpului. Această carte nu este nici atotcuprinzătoare și nici definitorie; este, mai degrabă, o consemnare a evoluției anumitor idei, care s-au modificat pe măsură ce teoria feministă și mai apoi teoria sistemelor familiale mi-au îmbogățit și mi-au supus provocării perspectivele psihanalitice. Sper că acest volum reflectă spiritul de deschidere și de investigație pe care vocile feministe l-au inspirat și l-au făcut posibil.

Femeile puse în context

Lucrările mai timpurii din cadrul acestui volum reflectă încercările mele de a revizui ipotezele psihanalitice despre feminitate şi de a reformula perspectivele falocentrice asupra femeilor, care patologizează funcţionarea feminină şi perpetuează o viziune intrapsihică îngustă, ce umbreşte contextul mai extins. În pofida angajamentului meu de a observa comportamentul feminin printr-un obiectiv cu unghi larg, în anii 1970 mă concentram asupra diadei mamă-copil, rolul taţilor şi al altor membri ai familiei devenind periferic subiectului în cauză. În contrast, ultimul capitol al acestei cărţi aduce o critică la adresa preocupării psihanalitice faţă de puterea maternă şi de diada mamă-copil, descriind, în schimb, problemele generate de contextul în care această unitate încapsulată a mamei şi copilului ori triada oedipiană, formată din mamă, tată şi copil, constituie cadrul principal, dacă nu exclusiv, de observaţie şi dezvoltare de teorii. Aici, susţin că o înţelegere a dezvoltării feminine şi a diferenţierii sinelui necesită o perspectivă sistemică, în care câmpul de observaţie şi investigaţie constă în tiparele circulare, reciproce, menţinute de toţi membrii familiei. Implicaţiile din această perspectivă cu privire la psihoterapia femeilor sunt profunde.

Numitorul comun al redirecţionărilor şi schimbărilor consemnate în acest volum este permanenta mea dedicare faţă de a observa comportamentul feminin în cadrul celui mai extins context posibil. Teoria feministă a fost cea care m-a provocat pentru prima oară să plasez diada mamă-fiică în cadrul unui context cultural şi să arăt cum dificultăţile din această arie nu pot fi înţelese izolat de societatea mai largă din care face parte maternajul. Apoi teoria sistemelor familiale mi-a furnizat un nou cadru epistemologic care mi-a permis să observ maniera în care diada mamă-fiică este inextricabil întreţesută cu diada tată-fiică, relaţia maritală şi alte triunghiuri şi relaţii familiale interconectate, care adesea se întind de-a lungul câtorva generaţii. Descoperirea procesului familial şi constatarea complexei interconectivităţi circulare dintre individ, familie şi cultură nu sunt o sarcină uşoară. Pot chiar să mărturisesc că încă mă lupt cu o dorinţă defensivă de a menţine teoria feministă, teoria psihanalitică şi teoria sistemelor familiale în sertăraşe separate, închise ermetic, din mintea mea, ca să

nu se ciocnească una cu alta și să-mi creeze probleme.

Capitolele din acest volum reflectă cea mai bună încercare pe care am făcut-o de a mă împotrivi acestui tip de compartimentare — de a respinge noțiunea tradițională, conform căreia cultura nu este un subiect potrivit de investigație psihanalitică sau că studiul proceselor familiale în continuă desfășurare constituie un subiect mai puțin esențial ori mai superficial decât reprezentările internalizate de obiect evocate prin intermediul transferului. Ca psihoterapeut, reușesc să le fiu cea mai utilă femeilor atunci când le pot ajuta să-și vadă problemele și comportamentul prin cel mai mare obiectiv cu putință, privind și înspre identificarea factorilor intrapsihici, familiali și culturali care împiedică diferențierea sinelui, precum și capacitatea de a iubi și de a lucra.

În ciuda tuturor bunelor intenții, această carte, asemenea altor volume academice din domeniul sănătății mentale, reflectă spectrul îngust al experienței personale și profesionale a unui singur autor. Experiența clinică din care derivă formulările mele teoretice provine în mod majoritar (deși nu exclusiv) din lucrul cu familii și persoane albe, aparținând clasei mijlocii. Acest fapt nu ar trebui să minimizeze relevanța ideilor mele pentru alte grupuri și nici nu ar trebui negate punctele comune ale experienței tuturor femeilor. Însă l-am adus în discuție mai degrabă pentru că sunt din ce în ce mai conștientă de cât de frecvent eu și colegii mei facem referiri la „psihologia femeilor“, ca și cum ne-am referi la toate femeile — când, de fapt, acest lucru nu este valabil. Prin această utilizare reflexă a limbajului, estompăm diferențele și diversitatea femeilor, circumscriind, în schimb, femei ce aparțin unor rase, clase și preferințe sexuale diferite unei categorii de „problematici speciale“ în cel mai bun caz, ori unui subgrup deviant sau invizibil în cazul cel mai rău. Numai odată ce am explorat întrețeserea rasei, clasei sociale, preferințelor sexuale și genului, putem să abordăm o analiză mai complexă și mai incluzivă a psihologiei feminine. Așadar, mi-aș dori să subliniez încă o dată faptul că această contribuție pe care o aduc reprezintă o piesă foarte mică dintr-un mozaic pe care îl creăm împreună, prin eforturile noastre de a prezenta bogăția și diversitatea experienței feminine.

În cele din urmă, fiecare femeie pe care o întâlnim în psihoterapie este cel mai bun expert în ce privește propriu-i sine. În mod ideal, vocile femeilor vor fi cele care vor continua să ne inspire și să ne modeleze teoriile, și nu invers. De asemenea, în mod ideal, vocile viitoare ale femeilor vor evolua într-un context nou, în care ambele sexe vor avea puteri cât mai egale în cadrul familiilor și al sferei publice. Modul în care înțelegem actualmente forțele speciale și

vulnerabilităţile femeilor nu poate fi separat de psihologia funcţionării grupului subordonat.

Sarcina de a examina complexitatea şi adânca înrădăcinare a prejudecăţilor noastre patriarhale — prejudecăţi pentru care sexismul este un termen prea superficial — este una aflată încă abia la început. Tocmai pentru că impactul patriarhatului este atât de profund şi de pervaziv, nu este posibilă o înţelegere totală a manierei în care acesta ne influenţează ipotezele teoretice şi practica psihoterapeutică. Numai după ce structurile patriarhale (incluzând structuri ale limbajului şi ale gândirii) vor fi investigate şi modificate, vom putea începe să conştientizăm mai bine problemele implicate de vechea stare a lucrurilor.

Cum ar arăta psihoterapia femeilor într-o societate în care femeile s-ar alătura în mod egal bărbaţilor la făurirea şi modelarea culturii, fiind valorizate şi reprezentate în fiecare palier al vieţii publice? Într-un asemenea context, am mai rămâne preocupaţi de aspecte legate de gen sau am mai necesita oare o psihologie specială a femeilor?

Numai cei mai curajoşi şi mai radicali gânditori dintre noi pot numai îndrăzni să-şi imagineze un astfel de viitor.

Harriet Goldhor Lerner, Ph.D. Psiholog membru al catedrei Fundaţia Menninger
Topeka, Kansas ianuarie 1988

---

[1] Carter, B. „Ms. intervention’s guide to «correct» feminist family therapy“, în The Family Therapy Networker, 9(6): 78–79.

Partea I

Anii de început şi interpretarea lor

Capitolul 1

Originile invidiei față de femei și ale devalorizării lor

Psihanaliștii au considerat o vreme îndelungată că invidia de penis este centrală înțelegerii femeilor și au invocat acest concept pentru a explica totul, de la dorința unei femei de a avea un soț și un copil până la aspirațiile sale de a avea o profesie și de a intra în competiție în domenii dominate în mod tradițional de bărbați.[2] Aceia din afara cercurilor psihanalitice nu au arătat un prea mare entuziasm față de asemenea explicații — în mod deosebit feministele, care au semnalat faptul că femeile au motive de a simți invidie față de poziția bărbaților în societate, cauzele fiind altele decât deținerea de către aceștia a mult doritului penis. Anumiți psihanaliști au insistat, la rândul lor, că mișcarea de eliberare a femeilor este ea însăși o manifestare a invidiei de penis și că nemulțumirea cauzată de rolul feminin constituie o problemă psihiatrică.

Conceptualizările înguste și stereotipe cu privire la poziționarea adecvată a femeilor în societate nu se limitează însă numai la o mână de psihanaliști. Chiar psihanaliștii cei mai influenți au conchis că „adevărata“ natură a femeilor constă în găsirea împlinirii în rolul tradițional de soție și mamă (Chesler, 1972). Fără a împărtăși perspectiva lui Freud cu privire la complexul Oedip și la invidia de penis, Jung (1928/2011) a afirmat totuși că, „atunci când femeile se dedică unei meserii bărbătești, când studiază și muncesc într-un stil bărbătesc, [femeile] fac ceva ce nu se potrivește tocmai bine cu natura lor feminină, dacă nu chiar îi dăunează“ (par. 243). Bettelheim (1965) a comentat că „pe cât și-ar dori femeile să devină buni oameni de știință ori ingineri, acestea vor în primul rând să fie companioane feminine ale bărbaților și mame“ (p. 15). Conform lui Freud (1925/2010), femeile nemulțumite de această stare a lucrurilor au refuzat, din punct de vedere adaptativ, să își accepte inferioritatea sexuală și își mențin încă „speranța că [vor] căpăta totuși vreodată un penis“ (p. 303).

Deși nu sunt de acord cu aceia care discreditează existența invidiei de penis, sunt totuși de părere că psihanaliștii care raționalizează anumite aspecte neadaptative ale feminității drept necesități biologice își atrag disprețul ducând conceptul de invidie de penis la extreme imposibil de susținut. Așa cum a comentat Chesler (1972), „perspectiva «freudiană» consideră femeile ca fiind în mod esențial «crescătoare și purtătoare», potențial niște creaturi binevoitoare, dar cel mai

adesea fiind nişte copii capricioşi cu utere, aflaţi într-un permanent doliu de pierdere a organelor masculine şi a identităţii masculine“ (p. 79).

Cu toate acestea, este păgubos faptul că furia şi lipsa de înţelegere feministe au condus la o condamnare globală a întregii gândiri psihanalitice, precum şi la o condamnare oarecum mai benignă a altor forme de tratament cu tradiţie. Au existat numeroase revizuiri ale punctelor de vedere freudiene asupra femeilor, cu referiri frecvente la nefericita tendinţă „falocentrică“ a teoretizărilor sale şi la recunoaşterea explicită a faptului că feminitatea şi sexualitatea feminină sunt insuficient înţelese (David, 1970; Torok, 1970). Până şi Freud şi-a exprimat reticenţa şi nesiguranţa în faţa acelui „continent întunecat“ al feminităţii, nepierzând nicio ocazie de a sublinia natura incompletă şi ipotetică a teoretizărilor sale. De fapt, autorii psihanalitici recenţi au dovedit o amplă recunoaştere a protestelor feministe şi a intenselor presiuni culturale care, în combinaţie cu factori intrapsihici, încurajează „femeile [să] accepte [o] soluţie de viaţă de dependenţă nevrotică şi modestie“ (Symonds, 1971–1972, p. 224).

Cu toate acestea, cu mult înainte de mişcarea feministă, era cunoscut faptul că, în multe culturi, feminitatea este mult subevaluată şi că exaltarea în raport cu femeile, precum şi idealizarea lor nu erau suficiente pentru a masca disprețul subteran la adresa acestora (Horney, 1932). Autori din multiple discipline, printre care şi psihanalişti, au descris discriminarea similară rasismului existentă în privinţa femeilor. Spre exemplu, David (1970) a menţionat un anumit trib primitiv care se referă la femei drept „rasa care nu are dreptul să vorbească“ (p. 50); iar antropologii au observat că devalorizarea femeilor în cadrul multor culturi nu este mai puțin intensă ca opresiunea rasială sau a grupurilor etnice minoritare.

Oprimarea femeilor este însă unică, într-o privinţă importantă: femeile pot participa la fel de puternic la propria depreciere precum bărbaţii. „Atitudinea masochistă“ a multor femei poate fi uşor recunoscută, iar minimizarea de către femei a propriului sex poate fi zilnic observată în cabinetele noastre, este demonstrată de cercetarea experimentală (Goldberg, 1968) şi este inerentă în cadrul instituţiilor culturale din întreaga lume (Lederer, 1968).

Devalorizarea femeilor este documentată cu claritate, dar mai puțin clare sunt motivele din spatele complicităţii ambelor sexe. În plus față de puternicele presiuni culturale asupra femeilor de a se autodevaloriza, trebuie să existe şi puternice presiuni interne, întrucât tiparele instituţionalizate nu ar fi atât de bine

stabilite și menținute dacă nu ar exista avantaje pentru toți cei implicați. Nici în ce-i privește pe bărbați motivele din spatele complicității la o soluție sexistă nu sunt evidente. Bărbații au fost prea adesea descriși ca deținând toate avantajele și puterea unei „clase conducătoare“, când, de fapt, prețul plătit pentru această situație nu este deloc unul mic. Așa cum scria o psihanalistă:

… examinând problema cu mai mare atenție, nu devine evident a priori că bărbații ar trebui în mod natural să-și dorească o relație de dominanță. Falsitatea, ambivalența și refuzul identificărilor pe care le ascunde aceasta ar trebui să-i apară acestuia drept multiple poveri care vor aduce ruina propriei șanse la o realizare deplină și autentică. […] Ce interes ar avea bărbatul să dea curs nevoii sale de a domina ființa care l-ar putea ajuta să se înțeleagă și care l-ar putea înțelege? Descoperirea propriei persoane prin intermediul celuilalt sex ar constitui o adevărată împlinire a propriei umanități, însă exact acest lucru ne este inaccesibil celor mai mulți dintre noi. (Torok, 1970, pp. 168–169)

Din perspectiva multor teoreticieni psihanaliști, devalorizarea femeilor constituie o problemă ireductibilă care derivă din deficiența genitală (reală sau imaginară) a sexului feminin. Ura intensă față de mamă, cauzată de lipsa de penis a acesteia, și disprețul aferent, nu doar față de ea, ci și față de toate femeile, marchează în mod ineluctabil soarta fetelor (pe baza complexului de castrare), dar și pe cea a băieților (pe baza anxietății de castrare). Atâta vreme cât bărbații au penisuri, iar femeile vaginuri, sexismul instituționalizat va rămâne un simptom inevitabil al destinelor noastre anatomice, de care nu se face responsabilă decât filogeneza însăși.

Extrapolând însă conceptul de inferioritate genitală a femeilor la explicarea devalorizării acestora, am pierdut din vedere alți factori determinanți importanți. Opinia mea este că devalorizarea femeilor, precum și înseși definițiile comportamentelor „masculine“ și „feminine“ adecvate derivă în mare parte dintr-o gestionare defensivă a afectelor puternice și persistente din cadrul relației timpurii mamă-bebeluș. Afectele profunde (i.e., invidia, frica, furia și rușinea) provocate de dependența și neajutorarea copilului în raport cu o figură maternă atotputernică au fost într-adevăr recunoscute, dar impactul rezultant al acestora

asupra vieții adulte a fost întotdeauna subestimat și insuficient elaborat. Așa cum comenta Lederer (1968), „din frica și invidia noastră față de femei, noi, autorii de lucrări de psihanaliză, am reușit să menținem o demnă tăcere fraternă“ (p. 153).

Invidia față de femei

Deși conceptul de invidie de penis le este familiar chiar și profanilor, speculațiile psihanalitice cu privire la invidia de sân necesită o cercetare mai amănunțită a literaturii. Acest fapt este unul surprinzător, dat fiind că intensa idealizare, devalorizare și, literalmente, obsesie a societății în privința sânilor pare să indice semnificația unui astfel de fenomen. Mai este relevantă și importanța fundamentală a sânului matern în copilăria timpurie: sânul reprezintă cea mai timpurie sursă de gratificare și frustrare, de iubire și ură, precum și primul mijloc de contact social intim (Fairbairn, 1952). Klein (1957/2008), spre exemplu, a evidențiat relația timpurie a bebelușului cu sânul mamei: „Constatăm în analiza pacienților că sânul, în aspectul său bun, este prototipul bunătății materne, al răbdării și generozității nesfârșite și, de asemenea, al creativității“ (p. 301).

Deși ideea de invidie de sân nu deține o poziție conceptuală formală în teoria psihanalitică, deține, în schimb, o importanță centrală în opera teoretică kleiniană. Definind invidia drept „sentimentul furios că altă persoană posedă și se bucură de ceva dezirabil, impulsul de invidie fiind cel de a lua sau distruge acel ceva“ (ibid.), aceasta scrie că: „Activitatea mea m-a învățat că primul obiect invidiat e sânul ce hrănește, căci bebelușul simte că sânul posedă tot ce-și dorește el și că are o cantitate nelimitată de lapte și o iubire pe care sânul o păstrează pentru propria-i gratificare“ (p. 305). Pentru Klein, dorința de a internaliza și, în consecință, de a poseda sânul, astfel încât toată puterea și magia pe care bebelușul i le atribuie acestuia să devină ale lui, este de o importanță centrală. Autoarea relatează faptul că, în analiza femeilor, chiar și invidia de penis se demonstrează a-și avea originile în invidia față de sânul matern (ori față de reprezentarea simbolică a acestuia, biberonul).

Freud (1909/2010, 1918/2010) a admis, de asemenea, existența unui corespondent al invidiei de penis atunci când a descris fantasmele de sarcină și dorința de a avea un bebeluș ale bărbaților. În literatura analitică, se găsesc studii de caz ce includ descrieri ale fantasmelor de sarcină și ale punerilor în scenă de sarcină atât de către bărbații de vârstă adultă, cât și de către băieți. Alții, precum Brunswick (1940), au elaborat această temă, afirmând că la fete dorința de a

avea un copil îi precede celei de a deține un penis și că invidia de penis însăși poate fi înțeleasă drept o dorință de a poseda mama omnipotentă și atributele acesteia.

Intenția mea nu este de a populariza noțiunea de invidie de sân, ci mai degrabă de a sugera că invidia masculină față de caracteristicile sexuale și capacitatea de reproducere specifice femeii constituie o dinamică vast răspândită și în mod evident ignorată. De o mai mare importanță este faptul că invidia tinde să reprezinte un fenomen mai semnificativ în cazul ambelor sexe, nelimitându-se la astfel de obiecte parțiale precum penisul și sânul. Așa cum indică Torok (1970), nu absența unui lucru (cum ar fi penisul sau sânul) este cea care stârnește asemenea sentimente profunde de invidie, disperare și ură de sine; o asemenea invidie este mai degrabă un simptom al unor dorințe, năzuințe ori frici inconștiente care s-ar putea să aibă foarte puțină legătură cu realitățile anatomice obiective. Spre exemplu, invidia de penis își are adesea originile în relația diadică dintre mamă și fiică și poate constitui un simptom ce reflectă dificultăți de identificare și dobândire a diferențierii de o mamă percepută ca geloasă, distructivă și intruzivă (Chasseguet-Smirgel, 1970; Torok, 1970). Pentru bărbați, este puțin probabil ca invidia față de femei să derive pur și simplu de la sânul care hrănește și de la capacitățile lor reproducătoare; aceasta derivă mai degrabă de la variile sentimente din pruncie și copilăria mică, în care mama este resimțită ca obiect omnipotent ce posedă resurse inepuizabile, precum și puterea atât de a produce, cât și de a îndepărta toată durerea și tot răul.

Invidia și devalorizarea: inversarea unui matriarhat timpuriu

Strânsa relație dintre invidie și devalorizare deține o importanță centrală în înțelegerea dinamică a sexismului defensiv. Devalorizarea unui obiect invidiat constituie o strategie defensivă tipică, întrucât, atâta vreme cât un obiect este devalorizat, nu are de ce să fie invidiat. Klein a sugerat că deteriorarea și devalorizarea sunt aspecte inerente ale invidiei și că mama și sânul ei sunt cele mai timpurii și mai importante obiecte ale invidiei și devalorizării. Kernberg (1972) a notat, de asemenea, în munca sa cu pacienți borderline și narcisici, că intensa invidie și ură față de femei constituie dinamici evidente ce produc deficite ale capacității de a forma relații de iubire. Acesta consideră că invidia și ura sunt gestionate defensiv prin deprecierea și devalorizarea femeilor.

Se impune întrebarea dacă invidia față de femei și devalorizarea acestora se limitează la persoane care suferă de o psihopatologie gravă sau dacă reprezintă o dinamică mai pervazivă, dacă nu universală. Deși Kernberg sugerează că această constelație constituie o problemă serioasă numai în cazul pacienților foarte tulburați, el notează și faptul că nu este vorba de un fenomen circumscris clinic: „Regăsim o intensă invidie și ură față de femei la mulți pacienți. Într-adevăr, dintr-o perspectivă clinică, pare că intensitatea acestei constelații dinamice în rândul bărbaților este de același nivel cu invidia de penis la femei…“ (1972, p. 14).

Sunt de acord cu afirmația lui Kernberg că devalorizarea femeilor reprezintă, „… la o analiză finală, devalorizarea mamei ca obiect primar al dependenței“ (ibid.). Cu toate acestea, aș sugera în completare că această dinamică este una pervazivă, exprimată în valorile și tradițiile instituționalizate cu privire la gen în cadrul culturilor din întreaga lume. În această cultură, spre exemplu, sunt de părere că respectiva constelație a invidiei-devalorizării este reflectată de selecția de trăsături, calități, comportamente și roluri considerate adecvate pentru fiecare sex. Noțiunile noastre curente cu privire la masculinitate și feminitate sunt de o asemenea natură încât femeile sunt supuse unor enorme presiuni de a „lăsa bărbatul să câștige“, de a evita exprimarea directă a agresivității, afirmării de

sine, competitivității și capacităților intelectuale înalte și de a-și reprima dorințele de a conduce și de a iniția, mai degrabă decât de a se supune și de a sprijini (Lerner, 1974; Lynn, 1972). Suspectez că aceste larg răspândite definiții de gen și stereotipuri de roluri de gen constituie ele însele o reflexie a unei devalorizări defensive a femeilor și deci a unei relații timpurii de dependență cu mama.

Definițiile noastre de gen, precum și stereotipurile rolurilor de gen reflectă și ele o încercare de a reinstitui și de a menține în cadrul relațiilor adulte toate calitățile de îngrijire ale „mamei bune". Așadar, conform multor stereotipuri culturale, femeia dezirabilă, „feminină", este una care întruchipează toate aspectele mamei bune (curățenia, hrănirea, oferirea de înțelegere emoțională și confort, blândețea, căldura), dar care nu se caracterizează prin niciun element corelat cu puterea, dominanța și controlul, care constituie, de asemenea, factori specifici imagoului mamei omnipotente, invidiate. Reformulând puțin, în cadrul relațiilor adulte convenționale, bărbații trăiesc în mod stereotip o inversare defensivă a unui matriarhat timpuriu, menținând însă funcțiile de îngrijire ale mamei bune. Se creează o situație psihică și socială în care bărbatul adult păstrează aspectele bune ale mamei, dar este acum dominant și deține controlul asupra unui obiect feminin, de care, ca și în cazul mamei, era inițial dependent; cu alte cuvinte, soția (sau partenera) lui devine propriul său copil. Atâta vreme cât această inversare defensivă a unei situații timpurii de dependență continuă, invidia și devalorizarea femeilor sunt atenuate sau aparent eliminate; devalorizarea femeilor capătă expresie în inversarea propriu-zisă.

Dar cum ar trebui să înțelegem participarea activă a femeilor la acest sistem? Deși femeile inversează dependența neajutorată a propriei situații infantile prin rolul mamei, acestea „aleg" adesea ca în relațiile de parteneriat cu bărbații să rămână copilul dependent. Așa cum evidențiază Kernberg (1972), devalorizarea și invidia cu privire la mamă drept sursă primară a dependenței nu sunt mai puțin intense la femei decât la bărbați. Astfel, acceptarea din partea femeilor și perpetuarea de către acestea a stereotipurilor feminine (de ex. fragilitate, dependență, pasivitate etc.), precum și idealizarea bărbaților și a penisului ar putea fi considerate și acestea o încercare de a devaloriza omnipotența și puterea figurii materne. Această noțiune este compatibilă cu afirmația lui Chasseguet-Smirgel (1970) că imagini ale femeilor ca fiind castrate ori deficiente reprezintă pentru ambele sexe o negare a imagourilor mamei primitive (de ex., mama bună omnipotentă este simbolizată de sânul generos, pântecul fertil, plenitudine, abundență; mama rea omnipotentă este simbolizată de frustrare, invadare,

intruziune, răutate).[3]

Și alți teoreticieni, deși nu s-au concentrat în mod specific asupra invidiei, au constatat legătura dintre puterea maternă timpurie și deprecierea femeilor. David (1970) creează ipoteza conform căreia rănile narcisice profunde provocate bebelușului de către mama omnipotentă conduc la o puternică nevoie de răzbunare. Autorul sugerează că acest concept distorsionat al feminității și sexualității feminine, discriminarea femeilor de către bărbați și atitudinea masochistă care le caracterizează pe femei, toate sunt rezultatul „răzbunării“ bazate pe rănile narcisice grave provocate atât băieților, cât și fetițelor în perioada de pruncie. Horney (1932) leagă atât idealizarea, cât și deprecierea femeilor de dorințele violent agresive de răzbunare care derivă din dominanța și puterea mamei și sentimentele corespondente ale copilului mic, de slăbiciune, neputință și umilire. Brunswick (1940) semnalează caracterul puternic al imaginii materne primitive și evidențiază rănile narcisice timpurii rezultate din dependența copilului de mama omnipotentă „[…] capabilă de orice și care posedă toate atributele valoroase“ (p. 304).

Chasseguet-Smirgel (1970) sugerează alt factor determinant al nevoii de inversare a situației infantile — anume frica și teroarea în raport cu femeile.

Consider că un copil, fie el băiat sau fată, având chiar și cea mai blândă și mai bună dintre mame, va menține în inconștientul său o imagine maternă înspăimântătoare, rezultatul ostilității proiectate care derivă din propria-i neputință… din neajutorarea primară a copilului… iar frustrările inevitabile ale procesului de creștere și formare sunt de așa natură încât imaginea mamei omnipotente bune n-o acoperă niciodată pe cea a mamei omnipotente rele, înspăimântătoare. [pp. 112–113]

Atât Horney (1932), cât și Lederer (1968) prezintă un volum impresionant de materiale clinice, mitologice și antropologice care dovedesc teroarea resimțită de bărbați la adresa femeilor. Deși ambii autori aduc comentarii cu privire la incredibila absență a recunoașterii și atenției primite de această temă, sugerez posibilitatea ca problema să nu constea în faptul că frica de femei nu a fost recunoscută, ci în faptul că au fost trecute cu vederea consecințele acelei frici

asupra naturii patriarhale a societății. Până la ce nivel a fost distorsionat conceptul de feminitate, pornind de la o nevoie de a descuraja femeile de la recunoașterea și exprimarea eforturilor de centrare pe sine, agresive, competitive, ambițioase, cu scopul de a ne asigura că, în cursul vieții adulte, imagoul matern primitiv poate fi în sfârșit controlat, dominat și supus răzbunării? În mod similar, dacă bărbații ar fi încurajați să-și trăiască și să-și exprime așa-numitele calități feminine (de ex. dependența, pasivitatea și fragilitatea), s-ar mai simți ei oare în pericolul de a se întoarce la acea extrem de temută (deși dorită) condiție a omnipotenței materne timpurii? În conformitate cu această temă, Chasseguet-Smirgel (1970) a legat mitologia religioasă de dificultățile pe care dominanța și omnipotența materne le prezintă în raport cu ambele sexe.

Bărbatul şi femeia se nasc din femeie: suntem, înainte de toate, copilul mamei noastre. Şi totuşi, toate dorinţele noastre par construite să nege acest fapt, care determină atâtea conflicte şi ne aminteşte într-o asemenea măsură de dependenţa noastră primitivă. Mitul Genezei pare să exprime această dorinţă de a ne elibera de mama noastră: bărbatul este născut din Dumnezeu, o figură paternă idealizată. […] Femeia este născută dintr-un trup de bărbat. Dacă acest mit exprimă victoria bărbatului asupra mamei sale şi asupra femeii, care devine astfel propriul său copil, mai pune la dispoziţie şi o anumită soluţie pentru femeie, de vreme ce aceasta este şi fiica mamei ei: ea alege să îi aparţină bărbatului, să fie creată pentru el, şi nu pentru ea însăşi, să fie o parte din el — coasta lui Adam —, şi nu să-şi prelungească „ataşamentul“ faţă de mamă. [pp. 133–134]

Stereotipurile rolurilor de gen

Cu riscul de a suprasimplifica, cred că ar merita să examinăm maniera în care pot fi înțelese valorile și obiceiurile cuprinse în relațiile dintre bărbați și femei în această țară[4] prin prisma cadrului teoretic conturat anterior. Faptul că funcțiile de îngrijire ale mamei bune (de ex. hrănirea, curățarea, oferirea de confort și sprijin emoțional) sunt menținute de femei în cadrul căsniciei nu cred că ar necesita vreo descriere sau elaborare. Punctele care urmează a fi enumerate au scopul de a sprijini noțiunea conform căreia stereotipurile culturale ale interacțiunilor adulte între cele două genuri (exceptând funcțiile de îngrijire) implică, pentru bărbați, o inversare a neajutorării și dependenței lor timpurii de un obiect feminin puternic.

1. Femeile sunt încurajate spre dependență și sunt adesea portretizate ca pierdute și neajutorate în absența unui partener masculin. Caracteristicile de „fetiță" fac în general femeile mai atrăgătoare și este semnificativ faptul că femeile sunt alintate prin folosirea unor termeni precum „fetițe", „fetișcane", „bebe" și „păpușă". Mamele tind să încurajeze o mai mare dependență în cazul fiicelor (Lynn, 1972), iar cercetările indică faptul că bărbații și femeile tind să considere eforturile de asertivitate și independență ale fetelor și femeilor ca echivalând cu o pierdere a feminității (Baumrind, 1972).

Expresiile nevoilor de dependență în rândul bărbaților sunt considerate neatrăgătoare, semn al slăbiciunii ori al unui caracter efeminat și cel mai adesea sunt mai degrabă negate decât cultivate. Pentru sexul masculin, noțiunea independenței mai mari a bărbaților constituie o inversare a paradigmei mamă-bebeluș, în care copilul este cel neajutorat și dependent de figura maternă puternică.

2. În relațiile dintre bărbați și femei, abilitățile și competențele intelectuale sunt

frecvent văzute ca încadrându-se pe terenul bărbatului. Tendinţele unei fete înspre afirmare şi abilităţi intelectuale sunt progresiv descurajate, aceasta fiind instruită să fie „feminină“; ea va fi încurajată să fie îndeajuns de deşteaptă încât să „prindă“ un bărbat, dar să nu pară niciodată mai deşteaptă decât el (Baumrind, 1972; Lerner, 1974). În mass-media, nevestele sunt adesea portretizate ca prostuţe, răsfăţate, bârfitoare, ilogice şi neajutorate din punct de vedere intelectual; iar glumele pe seama incapacităţii femeilor de a gândi logic şi critic reprezintă o formă de umor extrem de populară. Deşi femeile sunt recunoscute drept posedând un tip de înţelepciune cunoscut sub numele de „intuiţie feminină“, se insinuează în mod consecvent că, în rândul femeilor, gândirea logică organizată şi susţinută este în genere absentă. Concluziile cercetărilor sugerează că ambele sexe consideră realizările intelectuale ca „nefeminine“ şi că femeile cu studii superioare tind să echivaleze succesul academic cu unele consecinţe sociale dezavantajoase (Baumrind, 1972).

Deşi mulţi bărbaţi nu valorizează stereotipul „blondei proaste“, puţini sunt aceia care caută să formeze relaţii de iubire cu o parteneră percepută într-o manieră confortabilă ca fiindu-le egală sau superioară din punct de vedere intelectual. În mod similar, o femeie care-şi asumă o poziţie intelectuală agresivă, critică sau dominantă este adesea etichetată drept „masculină“ sau „castratoare“. Din nou, această situaţie socială pare a fi o inversare a poziţiei masculine ca bebeluş, în care copilul neajutorat intelectual este încet-încet învăţat să-şi controleze mediul de către o figură maternă percepută ca infinit de competentă şi de înţeleaptă. Rolul de profesoară timpurie (şi de figură frustrantă) se extrapolează în mod sistematic de la mamă la o serie neîntreruptă de figuri (guvernante, bone, educatoare), predominant femei.

3. Forţa şi abilităţile fizice, glorificate şi cultivate la bărbaţi, sunt considerate neatrăgătoare la femei; femeia sau gimnasta puternică, atletică este în general considerată a nu se încadra printre cele mai atrăgătoare partenere. Deşi bărbaţii pot fi încurajaţi să meargă până la extremele dureroase ale dezvoltării musculaturii şi forţei fizice, femeile sunt învăţate să-şi exagereze, ba chiar să disimuleze slăbiciunea, în scopul „feminităţii“. Bărbaţilor le face plăcere să le trateze pe femei ca pe nişte creaturi slabe şi delicate, care nu-şi pot deschide singure uşile sau căra cumpărăturile. În mod similar, este în mod tipic important pentru bărbaţi să fie mai înalţi decât partenerele lor. Bărbaţii scunzi sau slăbuţi sunt devalorizaţi. Din nou, pentru bărbaţi, această paradigmă inversează

experienţele bebeluşului de a fi un copil mic şi slab, ţinut cu uşurinţă în braţele mamei celei puternice. Horney (1932) a subliniat sentimentele de profund disconfort şi umilire ale băieţelului, provocate de statura lui măruntă şi de slăbiciunea lui în comparaţie cu mama.

4. În relaţiile de cuplu, bărbaţii sunt în general mai în vârstă decât partenerele lor. Deşi nu este nimic neobişnuit la relaţia dintre un bărbat de 35 de ani şi o femeie de 23 de ani, situaţia inversă este percepută ca excentrică, dacă nu chiar patologică. Într-o manieră similară, atunci când un bărbat se căsătoreşte cu o femeie „care i-ar putea fi fiică“, deşi relaţia poate fi criticată ori tolerată de societate, dorinţele ambilor parteneri sunt considerate de înţeles. Dacă însă o femeie s-ar căsători cu un bărbat îndeajuns de tânăr să-i poată fi fiu, societatea ar tinde să reacţioneze cu dispreţ şi şoc. Din nou, pentru bărbaţi, această situaţie inversează relaţia mamă-bebeluş, în care femeia „mai în vârstă“ este unicul obiect al dorinţelor libidinale ale copilaşului. Am putea specula mai departe că intensele presiuni la care sunt supuse femeile în scopul de a avea un veşnic aspect de adolescente (nu de „mame“) derivă în parte din capacitatea matriarhală a femeii de a stârni invidia infantilă cu privire la sânul hrănitor inepuizabil, precum şi de a stimula dorinţele însoţite de anxietate, de a regresa la o stare de neajutorare şi dependenţă.

5. Perpetuarea caracteristicilor şi trăsăturilor de personalitate asociate cu pruncia şi copilăria este încurajată numai în cazul femeilor. Spre exemplu, plânsul, văicăritul şi comportamentul răsfăţat şi manipulator, cu scop de seducţie, sunt toate maniere acceptabile la femei de a-şi exprima dorinţele, portretizate în mass-media ca aspecte feminine tipice. Asemenea comportamente sunt inacceptabile la bărbaţi, care sunt încurajaţi să se manifeste într-un mod mai „bărbătesc“. În mod similar, femeile sunt cel mai adesea portretizate ca fiind ghidate de emoţii, în timp ce bărbaţii sunt ghidaţi de intelect. Stereotipul este constituit de nevasta „isterică“, hipersensibilă, ţinută în frâu de soţul ei, care se presupune că ia decizii bazate pe legile logicii şi ale judecăţii lucide. Din nou, bărbaţii trăiesc o inversare a situaţiei infantile, în care mama este cea care deţine controlul intelectual asupra copilului, aflat sub imperiul unei considerabile labilităţi afective şi sensibilităţi emoţionale.

6. În ce privește curtarea și relațiile sexuale, femeile își asumă stereotipic o poziție pasivă, iar bărbații una fățiș activă. Bărbații sunt învățați să urmărească ce-și doresc în mod activ; femeile sunt învățate să se mențină îndeajuns de atrăgătoare încât să stârnească interesul bărbaților. Deși femeile pot dezvolta „trucuri feminine“ pentru a-i atrage pe bărbații doriți, sunt descurajate de la a curta în mod fățiș și direct o figură masculină. Această poziționare reprezintă, din nou, pentru bărbați o inversare a situației infantile, în care bebelușul nu are capacitatea de a determina în mod activ primirea sânului sau a afecțiunii mamei. Bebelușul poate încerca activ să o „curteze“ în tot felul de maniere (spre exemplu prin plâns sau drăgălășenie), dar mama activă este cea care inițiază sau eșuează în a iniția contactul cu copilul.

7. Noțiunile stereotipe cu privire la sexualitatea feminină tind să glorifice naivitatea și „inocența“, în timp ce, în cazul bărbaților, „experiența“ pare a fi cea care le sporește atractivitatea sexuală. (Am putea să ne gândim la diferența dintre un „bărbat cu experiență“ și o „femeie ușoară“.) În mod similar, în ce privește exprimarea impulsurilor agresive, Symonds (1971–1972) notează că ceea ce este numit „tărie de caracter“ la băieți este considerat „nefeminin“ la fete. Stereotipurile care au încurajat înăbușirea exprimării sexualității și agresivității la femei și exprimarea deschisă a vieții pulsionale la bărbați constituie, de asemenea, pentru bărbați o inversare a paradigmei mamă-bebeluș: mama este cea care inhibă exprimarea impulsurilor „inacceptabile“ de timpuriu în viața copilului. Mulți autori de scrieri psihanalitice, incluzând-i pe Horney, Klein și Freud, au evidențiat faptul că mamele sunt resimțite ca punitive pentru că sunt primele care interzic activitățile instinctuale ale copilului.

Ar fi, desigur, naiv să presupunem că devalorizarea femeilor și stabilirea și menținerea stereotipurilor tradiționale de roluri de gen ar putea fi întru totul înțelese conform cadrului teoretic precizat, care subliniază relația orală diadică timpurie dintre mamă și bebeluș, fără a se lua în considerare complexitățile inerente triunghiului oedipian. În discuția curentă, sunt relevanți și alți factori, socioeconomici, biologici și psihodinamici, iar speculațiile oferite aici trebuie considerate mai degrabă explicații parțiale, și nu exhaustive ale unor fenomene

complexe.

Semnificația stereotipurilor rolurilor de gen

Anticipez obiecția adusă generalizărilor prezentate aici ca reprezentând clișee suprasimplificate care nu reflectă bogăția diferențelor individuale din cadrul culturii noastre. Este clar că atât cunoașterea clinică, cât și experiența umană dezvăluie faptul că există varii fundamente ale relațiilor de succes dintre bărbați și femei și că multe căsnicii stabile și gratificante implică variații, dacă nu chiar modificări radicale ale acestor teme generale. Sydney Smith[5] indică faptul că un clișeu american comun susține că femeia este adevărata responsabilă de luarea deciziilor în familie, în ciuda senzației bărbatului că el este șeful. Această înțelegere a relațiilor de putere dintre sexe este una familiară, bine ilustrată de zicala europeană „bărbatul este capul familiei, dar femeia este gâtul care susține capul și-l întoarce în ce direcție vrea“. În spatele noțiunii conform căreia femeia își atinge obiectivul în ciuda autorității aparente a soțului ca șef, regăsim ideea că femeia își exercită puterea în moduri subtile și manipulatoare, care îi permit bărbatului să-și mențină fanteziile că s-ar afla la conducere. Într-adevăr, multe familii sunt matriarhale în termenii balanței puterii, dar idealul cultural este ca bărbatul să fie „capul“ familiei, și nu o figură relativ supusă, pasivă (și deci „efeminată“). Când spunem că soția „poartă pantalonii“ în familie, implicația este că aceasta și-a asumat rolul care i se cuvine de drept bărbatului.

Faptul că femeile își exercită puterea într-un mod clandestin este, de asemenea, ilustrat în filme, romane și piese de teatru, unde întâlnim deseori tema bărbatului egocentric, nerealist, care își găsește nașul într-o femeie eminamente rațională și practică. Smith menționează și studiile psihologice și sociologice întreprinse de A.J. Leibling cu privire la telenovelele americane, în care bărbații sunt în mod caracteristic portretizați ca slabi, neajutorați și impotenți sau dobândind un handicap fizic și necesitând susținerea unei femei bune, care menține singură contactul cu lumea reală.

Nu pretind a furniza o descriere factuală a tuturor relațiilor posibile între bărbați și femei, care sunt, într-adevăr, infinit de variabile și de complexe. Mai degrabă, ceea ce prezint este un rezumat al valorilor culturale și al tipurilor ideale larg răspândite — definițiile date de societate modului în care „ar trebui să fie“

relațiile dacă ambii parteneri ar îndeplini criteriile comportamentelor masculine și feminine adecvate. Așadar, un bărbat fragil, dependent și incapabil intelectual ar putea, de fapt, să caute o femeie puternică, asertivă și capabilă, care să-l protejeze și să-l îngrijească; iar nevoile și dinamicile celor doi indivizi s-ar putea „potrivi“ în așa fel încât să aibă ca rezultat o căsnicie stabilă și satisfăcătoare. Un astfel de bărbat nu constituie însă aproape deloc prototipul bărbatului de succes, fiind cel mai probabil considerat a fi un model deficitar, dacă nu chiar patognomonic pentru fiul său. În mod similar, femeia căsătorită cu un asemenea bărbat este percepută cum că ar fi făcut o „alegere proastă“, percepție însoțită de speculația că nu s-a putut „descurca mai bine“ din cauza unei probleme nevrotice. Bărbații pot într-adevăr să fie pasivi, supuși, copilărești și nerealist de dependenți, dar, așa cum arată Chesler (1972), nu sunt câtuși de puțin instruiți să romantizeze aceste trăsături ca reprezentând aspecte esențiale ale masculinității lor.

Mai mult decât atât, stereotipurile rolurilor de gen pe care le-am descris nu se află la periferia culturii, ci constituie forțe puternice și omniprezente, care afectează chiar și cele mai „deschise“ persoane. Unii autori (Baumrind, 1972; Symonds, 1971–1972) sugerează că există consecințe pe toată durata vieții pentru fata în creștere a cărei concepție cu privire la feminitate se bazează pe faptul că a fi mai agresivă, mai asertivă sau mai abilă intelectual decât partenerul înseamnă a fi nefeminină, imposibil de iubit sau chiar „castratoare“. În mod similar, băieții sunt profund afectați de noțiunile curente referitoare la atractivitatea masculină care glorifică trăsături precum puterea, dominanța și abilitățile intelectuale, nepermițând nici măcar expresii realiste ale fricii, dependenței, atitudinii copilărești și slăbiciunii. Deși în cercurile intelectuale există o tendință de a vedea astfel de stereotipuri ca învechite și neaplicabile tiparelor de relație aflate în prezent în schimbare, dinamicile psihice și sociale persistă. Chiar dacă schimbările sociale recente au fost într-adevăr substanțiale, rămâne o importantă sarcină de a scoate la lumină intensa subjugare și devalorizare a femeilor, care s-a desfășurat în întreaga lume. Aspectele specifice ale stereotipurilor masculin-feminin ale rolurilor sexuale pot varia în timp și spațiu, dar etosul dominanței masculine și prejudecăților falocentrice este la fel de vechi ca umanitatea însăși.

Mai degrabă decât a aplica principii psihanalitice cu scopul de a înțelege cum s-au stabilit și menținut noțiunile noastre distorsionate cu privire la masculinitate

şi feminitate, am tins, în schimb, la a încorpora aceste stereotipuri în limbajul şi teoretizările noastre, permiţând astfel mitului şi anxietăţii să domine asupra gândirii ştiinţifice. O examinare a scrierilor psihanalitice dezvăluie maniera în care practicienii şi teoreticienii cataloghează, în mod pervaziv şi nonşalant, manifestările active de competitivitate, agresivitate şi ambiţie intelectuală ale femeilor drept „falice“ sau „masculine“, etichetând în mod similar manifestările de pasivitate, submisivitate, maleabilitate, emotivitate, dependenţă şi atitudine copilăroasă ale bărbaţilor drept „efeminate“ sau „feminine“ (Young, 1973).

Spre exemplu, caracteristicile imagoului matern primitiv (şi frica aferentă a femeilor de propriul potenţial castrator şi distructiv) pot fi de asemenea natură încât sexul feminin să întâmpine o dificultate relativ mai mare de a-şi recunoaşte şi exprima direct agresivitatea, competitivitatea şi ambiţiile. Catalogarea acestor aspecte ca masculine nu serveşte însă decât la sporirea vinovăţiei şi inhibiţiilor femeilor, precum şi la întărirea unei poziţii masochiste. În mod similar, anxietatea cu privire la repunerea în scenă a unui matriarhat timpuriu, însoţită de fricile de castrare aferente, poate să le provoace bărbaţilor mai multă frică de a-şi admite propriile năzuinţe pasive, dependente şi regresive, dar nu reiese de aici faptul că aceste năzuinţe sunt „feminine“. Există, într-adevăr, sarcini de dezvoltare diferite care trebuie îndeplinite de cele două sexe în funcţie de diferenţele anatomice; cu toate acestea, sunt de părere că definiţiile pe care le deţinem în prezent cu privire la gen constituie mai puţin o reflexie a realităţilor anatomice şi mai mult expresia unei reacţii defensive faţă de imagourile mamei primitive. Este imperativ să dobândim o mai mare claritate conceptuală cu privire la implicaţiile asupra tratamentului şi la raţionamentele teoretice subiacente generate de etichetarea unor comportamente şi trăsături specifice drept masculine sau feminine.[6]

Pentru a reduce riscurile implicate de caracteristicile imagoului matern primitiv şi pentru a preveni frica şi invidia excesive cu privire la femei, sugerez posibila importanţă a parentajului comun. În timp ce literatura psihiatrică este suprasaturată cu exemple de maternaj inadecvat, s-a acordat o minimă atenţie relaţiei tată-bebeluş. Formula care asigură sănătatea mentală a copilului pare să implice petrecerea primilor ani cu o mamă care „[…] este întotdeauna prezentă, alertă şi disponibilă pentru îndeplinirea nevoilor copilului […]“ (Mandelbaum, 1973, p. 3), relaţia ulterioară cu tatăl fiind secundară şi depinzând de calitatea acestei prime interacţiuni. Deşi mulţi specialişti în sănătatea mentală protestează, argumentând că menţinerea pentru mult prea multă vreme a acestui model al maternajului a avut un cost enorm pentru evoluţia şi dezvoltarea femeilor, s-a

acordat o mai mică atenţie riscurilor implicate în privința bebelușului și copilului în creștere. Oare idealizarea defensivă și devalorizarea femeilor nu constituie o consecință patologică a faptului că lumea copilului este una matriarhală, în care figurile aflate la putere, care gratifică și frustrează pulsiunile și dorinţele copilului sunt în mod predominant femei? Nu am aplicat deocamdată sofisticatele noastre principii psihanalitice la înţelegerea consecinţelor parentajului comun ori la examinarea manierei prin care un astfel de sistem ar afecta sarcinile de dezvoltare care trebuie îndeplinite de fiecare sex. Cu siguranţă că parentajul comun ar afecta imagourile materne și paterne pe care le internalizează copilul, ceea ce ar conduce în consecință la o capacitate a bărbaților și femeilor adulte de a relaționa unii cu alții dintr-o poziție caracterizată de un nivel mai înalt de egalitate, deschidere și respect reciproc.

Referințe bibliografice

Baumrind, D. (1972), „From each according to her ability“, în School Review, 80 (2): 161–197.

Bettelheim, B. (1965), „The commitment required of a woman entering a scientific profession in present-day American society“, în Women and the Scientific Professions: The M.I.T. Symposium on American Women in Science and Engineering, coord. J.A. Mattfeld și C.G. Van Aken, pp. 3–19. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.

Brunswick, R.M. (1940), „The preoedipal phase of the libido development“, în Psychoanalytic Quarterly, 9: 293–319.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), „Feminine guilt and the Oedipus complex“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 94–134. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Chesler, P. (1972), Women and Madness. Garden City, N.Y.: Doubleday.

David, C. (1970), „A masculine mythology of femininity“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 47–67. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Fairbairn, W.R.D. (1952), An Object-Relations Theory of the Personality, New York: Basic Books.

Freud, S. (1909b), „Micul Hans. Analiza fobiei unui băiețel de 5 ani“, în Opere esențiale, vol. 8 — Nevroza la copil, pp. 9–139, București: Editura Trei, 2010.

Freud, S. (1918b), „Omul cu lupi. Din istoria unei nevroze infantile“, în Opere esențiale, vol. 8 — Nevroza la copil, pp. 141–264, București: Editura Trei, 2010.

Freud, S. (1925), „Unele consecințe psihice ale diferenței anatomice între sexe“, în Opere esențiale, vol. 5 — Studii despre sexualitate, pp. 295–311, București:

Editura Trei, 2010.

Goldberg, P. (1968), „Are women prejudiced against women?“, în Trans-action, 5 (5): 28–30.

Horney, K. (1932), „The dread of women“, în International Journal of Psychoanalysis, 13: 348–360.

Jung, C.G. (1928), „Femeia în Europa“, în Civilizaţia în tranziţie, Opere complete 10, Bucureşti: Editura Trei, 2011.

Kernberg, O. (1971), „Barriers to falling and remaining in love“, în Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis, pp. 185–213, New York: Jason Aronson.

Klein, M. (1957), Opere complete 2 — Invidie şi recunoştinţă şi alte lucrări, 1946–1963, pp. 294–390, Bucureşti: Editura Trei, 2008.

Lederer, W. (1968), The Fear of Women, New York: Grune & Stratton.

Lerner, H.G. (1974), „The hysterical personality: a «woman’s disease»“, în Comprehensive Psychiatry, 15 (2): 157–164.

Lynn, D.B. (1972), „Determinants of intellectual growth in women“, în School Review, 80 (2): 241–260.

Mandelbaum, A. (1973), „Separation“, în Menninger Perspective, 4 (5): 5–9, 27.

Symonds, A. (1971–1972), Discuţie (asupra lucrării lui Ruth Moulton, „Psychoanalytic reflections on women’s liberation“, în Contemporary Psychoanalysis, 8: 224–228).

Torok, M. (1970), „The significance of penis envy in women“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 135–170. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Young, E. (1973), „A review of feminine psychology“, manuscris nepublicat, University of California, Berkeley.

[2] Acest capitol a fost publicat pentru prima oară în 1974, cu titlul „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38(6): 538–553, înaintea publicării de către Dorothy Dinnerstein a lucrării devenite clasice The Mermaid and the Minotaur: Sexual Arrangements and Human Malaise (New York: Harper & Row, 1976).

[3] Invidia de penis și preocupările legate de castrare ale femeilor reflectă o nevoie defensivă de devalorizare a imagourilor mamei primitive. Asemenea simptome pot însă reflecta și profunda vinovăție și anxietate legate de identificarea cu acest imago, mai ales când mama este resimțită drept o figură puternică, răuvoitoare și castratoare în cadrul relației acesteia cu tatăl. Așadar, experiența de sine a femeilor de a fi „castrate“ (și idealizarea de către acestea a bărbaților și a penisului) este deseori o formațiune reacțională împotriva propriilor și temutelor dorințe „castratoare“ și agresive. Vezi Chasseguet-Smirgel (1970) pentru o excelentă punere în discuție a acestei chestiuni.

[4] Statele Unite ale Americii. (N.t.)

[5] Comunicare personală.

[6] Rezultatele cercetărilor care demonstrează diferențele dintre sexe într-un anumit palier (de ex., activitate și agresivitate de un nivel relativ mai înalt la bebelușii băieți) sunt adesea utilizate pentru a susține că o anumită caracteristică este una masculină sau feminină. În afară de faptul că există întotdeauna o suprapunere considerabilă între sexe, asemenea concluzii sunt arbitrare. Spre exemplu, fetițele vorbesc mai mult și mai clar decât băieții; cu toate acestea, nu catalogăm abilitățile verbale ca „feminine“ și nici nu încercăm în mod activ să încurajăm aceste abilități în rândul fetelor sau să le numim „feminine“ pentru a le descuraja în rândul băieților. Diferențele de gen dintre grupuri nu implică nicidecum faptul că o trăsătură sau un aspect este sănătos pentru unul dintre sexe și mai puțin adaptativ sau important pentru celălalt.

Capitolul 2

Descrierea parentală eronată a organelor genitale feminine

În anii de creştere, copiii sunt învăţaţi că băieţii au un penis, iar fetiţele, un vagin.[7] Faptul că fetiţei i se spune că are un vagin, un organ intern dificil de examinat în realitate, dar nu şi că are o vulvă, care include clitorisul şi labiile, poate constitui un factor critic în dezvoltarea psihosexuală a acesteia. Este semnificativ faptul că această descriere incompletă a organelor genitale feminine reprezintă un fenomen aproape universal valabil: dacă se întâmplă să intervievăm părinţi sau să citim literatură dedicată educaţiei sexuale, este limpede că fetiţei nu i se spune decât că are un vagin şi nimic mai mult. Chiar şi materialele educaţionale scrise pentru populaţia adolescentină comunică în genere aceeaşi imagine nediferenţiată a organelor genitale ale femeii. „O fată are două ovare, un uter şi un vagin, care constituie organele ei sexuale. Una dintre primele schimbări (ale pubertăţii) va fi apariţia pilozităţii în jurul deschiderii vaginului fetei.“ (Taylor, 1972, p. 47)

O astfel de imagine incompletă, vag diferenţiată şi anatomic incorectă a structurii fizice a femeii poate avea consecinţe decisive dacă e oferită pe parcursul stadiului preoedipian şi al stadiilor oedipiene timpurii ale dezvoltării, când fetiţa îşi descoperă clitorisul drept sursă principală a stimulării şi gratificării sexuale. Cu siguranţă că pentru copil există consecinţe psihologice extrem de importante ale descoperirii unui organ producător de plăcere care în mod frecvent nu îi este confirmat, descris sau validat de către părinţi, fiind deci inevitabil resimţit ca „nefeminin“ (numai băieţii au ceva „în afară“). Mai exact, această eroare educaţională poate reprezenta unul dintre factorii determinanţi ai invidiei de penis în rândul femeilor. În plus, aş introduce ipoteza că invidia de penis nu se limitează la dorinţa de a avea un penis (adică dorinţa de a avea ce au băieţii), ci mai degrabă reflectă dorinţa de a valida şi de a obţine „permisiunea“ pentru organele sexuale feminine, inclusiv pentru organele genitale sensibile externe. Aş sugera că, la un nivel mai profund, invidia de penis este un simptom care poate exprima, în cazul unora dintre femei, o dorinţă neîndeplinită de a obţine permisiunea mamei de a deveni o femeie funcţională şi reactivă sexual. Această idee este în concordanţă cu sugestia lui Torok (1970) că invidia de penis

reprezintă jurământul inconştient făcut de fetiţă unui imago matern gelos şi posesiv, că nu va atinge niciodată împlinirea genitală şi că îşi va refuza plăcerea oferită de penis de dragul mamei.

Exemplu clinic

Prezentarea de caz ce urmează ilustrează maniera în care descrierea eronată a organelor genitale feminine poate contribui la invidia de penis, precum şi la inhibiţii de învăţare simptomatice.

Ann era o femeie de carieră, căsătorită şi cu copii, a cărei decizie iniţială de a urma o psihoterapie intensivă fusese precipitată de un număr crescând de factori de stres interni şi externi. Trei dintre simptomele sale, care s-au dovedit legate dinamic, vor alcătui nucleul fragmentului de tratament prezentat aici.

Primul simptom semnalat de Ann erau inhibiţiile sexuale în relaţia cu soţul ei. Deşi avea senzaţii vaginale în timpul raporturilor sexuale şi era de părere că-i „plăcea“ vaginul ei, avea sentimente de dezgust, ruşine şi anxietate cu privire la organele sale genitale externe, care interferau considerabil cu capacitatea sa de a resimţi plăcere sexuală. Era incapabilă de a-i permite soţului să-i privească zona vulvară şi, în mod similar, nu putea nici să se examineze ea însăşi, astfel menţinându-şi o doză de incertitudine în privinţa propriilor realităţi anatomice. Îşi denumea organele genitale externe „chestiile de pe-afară“ şi, pe parcursul etapei de început a tratamentului, îi era imposibil să spună cuvintele „clitoris“, „labii“ şi „vulvă“ fără un sentiment acut de anxietate şi umilinţă.

Al doilea simptom major prezentat de Ann era o tendinţă de a intra într-o stare de confuzie şi de „prostie“ în raport cu ceea ce numea „timp şi loc“. Spre exemplu, în ciuda abilităţilor sale intelectuale superioare, se întâmpla în mod tipic să se dezorienteze cu privire la secvenţe temporale — „Anotimpul de după vară e înainte de toamnă sau sunt acelaşi lucru? Nu-mi mai amintesc“. „Astăzi ar putea fi luni sau vineri. N-aş putea acum să spun ce zi e fără să mă opresc să mă gândesc.“ „Dacă-mi spune cineva «am fost acolo primăvara trecută», mă derutez. S-ar putea să trebuiască să-mi enumăr lunile şi anotimpurile ca să

localizez perioada în timp.“ Ann manifesta aceeași perturbare de gândire în legătură cu geografia și relațiile spațiale. Avea dificultăți în a imagina locația unei țări sau legăturile spațiale între țări și continente. Se plângea de a nu avea nicio „hartă internă“ a orașului în care locuise timp de mulți ani și era în general dezorientată în raport cu direcțiile. De fapt, avea obiceiul de a se uita adesea la verighetă pentru a distinge cu încredere diferența dintre stânga și dreapta. Contrastul dintre nivelul de neajutorare și confuzie pe care le întâmpina în aceste paliere de funcționare și stilul său cognitiv, în rest bogat și înalt diferențiat, era într-adevăr frapant.

Al treilea simptom manifestat de Ann era invidia de penis: invidia și idealizarea organelor genitale masculine erau uneori doar vag disimulate. Îi era imposibil să-și asume poziția activă de a sta deasupra în timpul raporturilor sexuale — o reticență pe care a înțeles-o ulterior ca reflectând confuzia pe care i-o putea provoca preluarea acestei poziții cu privire la „cine avea penisul“ și dorința sa conflictuală ca acesta să îi aparțină.

O temă importantă care a urmat să fie elaborată în cursul tratamentului lui Ann era confuzia acesteia cu privire la aspectul propriilor organe genitale — o confuzie pe care a pus-o ulterior în legătură cu incapacitatea sa de a înțelege structurile sau relațiile temporale sau spațiale. Vorbea despre complexitatea incomprehensibilă a organelor sale genitale externe: „Ce e între picioarele mele e ca un ceas. Un ceas e simplu în afară. Are numere și două ace. Dar dacă te uiți sub suprafață, complexitatea unui ceas este mult prea greu de descifrat. La fel e și cu mine. Dacă privești superficial, e ca și cum aș avea o crăpătură, cum vezi la statui. Dar dacă te uiți cu adevărat, sunt foarte multe părți derutante. Pare prea complicat de descifrat“. Deseori, într-o secvență asociativă, își exprima sentimentul de neajutorare în „descifrarea“ organelor sale genitale, urmat de expresii similare ale neajutorării în a-și înțelege mediul fizic: „E-o nebunie, dar nu cred că voi putea înțelege vreodată unde sunt lucrurile [referindu-se la organele sale genitale]. Cred că nici bărbații nu știu. Tot timpul bâjbâie. Uneori, soțul meu nu poate să-mi găsească clitorisul. E ca și cum ar avea nevoie de o hartă rutieră sau ceva. Când îl direcționez, mă simt ca un polițist de circulație. Nici eu nu sunt sigură că știu drumul“. Ann folosea același limbaj pentru a-și descrie confuzia cu privire la găsirea drumului prin oraș: „E ca și cum n-aș avea o hartă în minte, indiferent de câte ori am văzut locul sau am fost acolo. Pare prea derutant, aproape fără speranță, să încerc să descifrez cum e totul plasat. Întotdeauna e ca și cum aș vedea un loc pentru prima oară“.

Pe măsură ce Ann a început să-şi lege confuzia cu privire la anatomia proprie de dezorientarea sa temporală şi spaţială, a început şi să-şi asocieze invidia de penis cu faptul că organul masculin este „simplu şi curat“, „uşor de descifrat“ şi „fără părţi derutante sau ascunse“. Acesta era „validat“ de alţii, în timp ce organele ei genitale externe erau „de nedescris“. „Toată lumea ştie că bărbaţii au un penis şi toată lumea poate spune cuvântul — chiar şi la petreceri. Dar singurul cuvânt pe care oamenii îl vor spune pentru a descrie ce au femeile este «vagin».“

Odată cu progresul tratamentului, conexiunea dintre aceste trei teme (dezgustul şi confuzia cu privire la organele sale genitale externe, dezorientarea în raport cu timpul şi locul şi invidia de penis) a început să se clarifice pe măsură ce eu am început să înţeleg semnificaţia esenţială a cuvântului „permisiune“. Ann manifesta uneori răbufniri de furie sau depresie atunci când făcea referire la un sentiment vag definit de a „nu avea permisiunea“ pentru organele sale genitale externe, care susţinea că i-au fost „invalidate“ şi „negate“. Dificultăţile sale sexuale, precum şi confuziile sale spaţiale şi temporale se dovedeau într-adevăr a constitui simptomele rezultate în urma conflictului cu privire la „a avea permisiunea de a avea ce am“.

Sentimentul lui Ann de a „nu avea permisiunea“ a fost exprimat în varii forme în cadrul relaţiei sale cu mine. Când am lipsit timp de două săptămâni, a resimţit o intensificare a sentimentelor de dezgust cu privire la vulva sa şi o scădere a capacităţii de a simţi plăcere în timpul relaţiilor sexuale şi chiar şi a contactului fizic cu soţul. Odată cu revenirea mea, s-a plâns îndelung de faptul că întreruperea tratamentului îi exacerbase dificultăţile sexuale. Mai târziu, a fantasmat că eram în mod secret mulţumită de acest curs al evenimentelor; intensificarea inhibiţiilor sale sexuale era un „dar“ pe care mi-l făcea — o dovadă implicită că prezenţa mea şi că tratamentul pe care i-l ofeream aveau o importanţă de „numărul unu“. Plăcerea sexuală în absenţa mea nu era permisibilă întrucât m-ar fi putut face să mă simt irelevantă, exclusă sau chiar nefericită.

În mod similar, Ann insista că doream să-i neg plăcerea clitoridiană. Înarmată cu informaţia că eram „freudiană“, a început să-şi exprime o preocupare plină de furie faţă de ideea că îmi doream ca ea să fie „total vaginală“ şi că, din punctul meu de vedere, nu avea permisiunea decât pentru organele sale genitale interne. Atunci când Ann a înţeles originea sentimentelor sale de a „nu avea permisiunea“, simptomele i s-au atenuat considerabil.

Două evenimente critice în dezvoltare au fost legate de fantasma lui Ann că „nu am permisiunea de a avea ce am“. Unul a constat în pedepsele timpurii pe care le primise de la mama sa pentru a se fi masturbat, ceea ce pentru Ann însemnase că a-şi provoca plăcere prin intermediul organelor genitale (şi a-şi dori plăcere sexuală produsă de penisul tatălui) echivala cu distrugerea mamei. Al doilea a fost elementul educaţional timpuriu că „băieţii au un penis, iar fetele au o gaură pe unde iese bebeluşul“. Experienţa lui Ann de a-şi descoperi organele genitale externe şi de a resimţi plăcere clitoridiană şi vulvară nu fusese interzisă numai de un tabu privind masturbarea. Mai important, informaţiile incomplete pe care le primise cu privire la anatomia sa fuseseră „un mesaj că nu aveam ce aveam“. În cuvintele ei, „ce aveam care producea plăcere nu avea un nume. Nu trebuia să existe. Numai băieţii aveau ceva în afară. Deci, nu puteam să am clitoris şi să fiu totuşi fată. Nimeni nu-i poate nega penisul unui băiat. Nimeni nu putea să nu-i dea un nume sau să-l transforme într-un secret. Să ai un penis înseamnă să ai permisiunea de a avea ce ai“.

Incapacitatea lui Ann de a înţelege „geografia“ organelor sale genitale ori a lumii sale externe constituia, de fapt, o promisiune faţă de mama ei că „n-o să se uite“. A se uita însemna că ar vedea ceva (vulva, mai ales clitorisul) care nu trebuia să fie acolo, de dragul mamei. Invidia de penis, în cuvintele lui Ann, era „o dorinţă de a avea permisiunea pentru ce chiar aveam, care era mai mult decât un vagin de unde vin bebeluşii“. Invidia de penis nu explica numai dorinţa lui Ann de a-i fi „validată“ sexualitatea, ci servea şi la blocarea acestei dorinţe interzise prin împiedicarea împlinirii sexuale, astfel reasigurând un imago matern prohibitiv de faptul că ea (Ann) nu va deveni o femeie pe deplin reactivă sexual care să fie mândră de feminitatea sa.

Discuție

Nu cred să fie necesar să subliniez că prin prezentarea acestui fragment de tratament nu intenționez să mă aplec asupra complexităților imaginii corporale feminine sau să furnizez o explicație cuprinzătoare a simptomatologiei invidiei de penis și a perturbărilor de cogniție. Firește, invidia de penis are deseori alte semnificații decât cele ilustrate de cazul lui Ann (Moulton, 1973), la fel cum o perturbare a cogniției și percepției diferențiate și clar direcționate poate reflecta un spectru larg de factori determinanți intrapsihici și culturali (Shapiro, 1965/2009; Lerner, 1974a).

De asemenea, nu-mi doresc nici să sugerez că descrierea incorectă și incompletă a organelor genitale feminine va transmite în mod invariabil fetiței că ar trebui să-și refuze plăcerea sexuală de dragul mamei. Contextul relației părinte-copil în care sunt transmise informațiile sexuale incorecte are o deosebită importanță. Spre exemplu, în cazul lui Ann, au existat aspecte adiționale ale dezvoltării sale care au condus la internalizarea unui imago matern gelos, care nu-și dorea ca ea să atingă împlinirea genitală. Eșecul parental de descriere a componentelor anatomiei feminine își va avea cele mai patogene efecte atunci când are loc în contextul altor interdicții sexuale sau oedipiene care împiedică dezvoltarea normală.

Cu toate acestea, aș propune ipoteza că, până și în cele mai bune relații părinte-copil, eșecul de a numi și descrie în mod explicit organele genitale externe ale fetei, mai ales clitorisul, nu are cum să nu aibă consecințe patogene. Această idee este în concordanță cu sugestia că informațiile vagi cu privire la propria sexualitate și la diferențele dintre sexe constituie un factor etiologic important în testarea perturbată a realității și în psihopatologia severă (Bellak și Benedict, 1958, p. 29). Una dintre consecințe o reprezintă apariția unui deficit al capacității fetei de a-și dezvolta o reprezentare mentală ori o „hartă“ corectă și diferențiată a organelor sale genitale și îngreunarea dificilei sarcini de dezvoltare ce presupune diferențierea organelor genitale interne de cele externe (vezi Kestenberg, 1968). Faptul că explorarea de către fată a propriilor organe genitale nu este coroborată sau susținută în paralel de informațiile primite din mediul său

poate conduce la anxietate, confuzie şi ruşine cu privire la sexualitatea sa. Întrucât niciunul dintre sexe nu este informat că şi clitorisul face parte din „ce au fetele“, acest organ va fi învestit drept un penis mic şi inadecvat, şi nu drept o parte validă şi feminină a sexualităţii fetei.

O chiar mai înaltă semnificaţie dinamică este deţinută de faptul că această descriere eronată va fi însoţită de un mesaj implicit şi inconştient transmis fetiţei. În cazul lui Ann, eşecul parental de descriere a organelor genitale externe a fost perceput ca un mesaj inconştient că trebuia să-şi refuze plăcerea sexuală şi împlinirea genitală de dragul mamei sale. În vreme ce mesajul inconştient poate să varieze în contexte interpersonale diferite, ceea ce se va comunica va fi de tipul: vulva (incluzând clitorisul) nu este importantă, nu trebuie să se vorbească despre asta sau să se gândească la asta ori n-ar trebui să existe.[8]

Torok (1970) a subliniat rolul interzicerii masturbării ca factor determinant central al invidiei de penis. Aceasta scrie că fata idealizează şi invidiază penisul pentru a o reasigura pe mama posesivă şi intruzivă că nu va atinge niciodată împlinirea genitală, că îşi va abandona dorinţa de a-i fi produsă plăcere de către penis şi că îşi va trăi tot restul zilelor însoţită de o năzuinţă neîmplinită faţă de un obiect inaccesibil. Conform lui Torok, mama care interzice masturbarea comunică faptul că ar cădea pradă unui sentiment amar de vid interior şi de invidie în cazul în care copilul ar putea dobândi satisfacţie în lipsa ei.

Este posibil ca interzicerea masturbării cu o parte a corpului cunoscută şi recunoscută să reprezinte un mesaj mai benign transmis copilului de renunţare la sexualitatea feminină decât reprezintă neglijarea de a „valida“ şi de a da un nume organelor genitale externe sensibile ale fetei. Aş specula mai departe că ubicuitatea „complexului de castrare“ feminin nu derivă în principal din faptul că, în comparaţie cu penisul, clitorisul este un organ mai mic (şi deci inferior). Mai degrabă, sentimentul fetei că a fost „înşelată“ poate reflecta eşecul parental de a recunoaşte în mod explicit faptul că vulva (în mod deosebit clitorisul) constituie un aspect important al „ce au fetele“. Este interesant de notat că, în vremea lui Freud, cuvintele clitoris, vulvă şi labie nu erau incluse în dicţionar, iar în această ţară, singurul cuvânt care apărea în Dicţionarul Webster prin care se putea face referire la organele genitale feminine era vagin. Ne-am putea întreba cum se putea dezvolta feminitatea în nişte timpuri în care limbajul nostru nu includea un cuvânt referitor la acea parte a anatomiei feminine cel mai bogat înzestrată cu terminaţii nervoase senzoriale şi care nu are nicio altă funcţie decât cea a plăcerii senzuale.

Deşi de atunci şi până acum s-au făcut adăugirile necesare în Dicţionarul Webster, din punct de vedere lingvistic nu s-au schimbat multe de pe vremea lui Freud. Nu numai că părinţii nu reuşesc să le spună fiicelor lor că au o vulvă care include un clitoris, ci interviurile pe care le desfăşor scot la iveală că până şi gândul unei asemenea comunicări le produce părinţilor o reacţie curioasă de jenă şi disconfort. În plus, este surprinzător câţi părinţi educaţi raportează că n-au auzit niciodată cuvântul „vulvă“ (dintre care un mare număr cred că termenul se referă la o marcă suedeză de automobile). Mulţi dintre aceşti părinţi cred că termenul vagin se referă atât la organele genitale interne, cât şi la cele externe. În cercurile noastre profesionale, de asemenea, evitarea cuvântului vulvă este frapantă, chiar şi atunci când contextul ar necesita în mod specific folosirea sa. Spre exemplu, în manualul de scorare a Testului Rorschach elaborat de Martin Mayman, utilizat de psihologii clinicieni din cadrul Fundaţiei Menninger, cuvântul vagin este frecvent aplicat în mod eronat percepţiilor de organe genitale feminine în răspunsurile celor cărora li se aplică Testul Rorschach. În mod similar, pacienţii testaţi raportează adesea că au văzut „vaginuri“, deşi investigarea ulterioară, precum şi atributele de stimulare ale petelor de cerneală demonstrează că acele lucruri percepute sunt, de fapt, organele genitale externe ale femeii. Termenul adecvat de vulvă este foarte rar folosit chiar şi în cazurile în care sunt testaţi rezidenţi, studenţi la medicină şi personalul specializat.

Deşi nereuşind să acorde importanţa cuvenită semnificaţiei descrierii parentale eronate a organelor genitale, teoreticienii psihanalişti s-au arătat foarte preocupaţi de complexităţile şi dificultăţile pe care anatomia feminină le presupune pentru fata aflată în creştere. Spre exemplu, s-a notat faptul că, în vreme ce băieţii au „[…] avantajul evident al deţinerii unui organ simplu, vizibil“ (Multon, 1973 p. 213), care poate fi mânuit fără consecinţe neplăcute în timpul urinării, organele genitale ale fetei sunt mai puţin accesibile, atât în termeni vizuali, cât şi în cei ai inspectării manuale. S-a acordat, de asemenea, atenţie echivalării inconştiente vagin-gură, care ar putea provoca frica femeii de acest organ, pe baza potenţialului său fantasmat castrator, oral-devorator şi distructiv. În plus, organele genitale externe pot fi înspăimântătoare pentru că pot fi percepute ca asemănându-se cu o rană, noţiune întărită de sângerarea menstruală (Abraham, 1920). De Beauvoir (1953) scria:

Sexul bărbatului este curat şi simplu ca un deget şi este exhibat cu inocenţă, adesea băieţii l-au arătat camarazilor din orgoliu şi sfidare; sexul feminin

este misterios chiar şi pentru femeie, ascuns, chinuit, format din mucoase, umed; sângerează în fiecare lună, adesea e murdărit de secreţii, are o viaţă secretă şi periculoasă […]. (pp. 113–114)

Trebuie însă subliniat faptul că natura „misterioasă“ şi ascunsă a anatomiei feminine nu o împiedică neapărat pe fetiţă să descopere componentele propriilor organe genitale. Îşi va descoperi în mod inevitabil organele genitale externe, incluzând clitorisul, în cursul masturbării şi al îngrijirilor materne. Mai mult decât atât, o activitate vaginală şi un posibil potenţial orgastic pot exista în timpul prunciei şi al copilăriei. Stimularea vaginală poate avea loc în perioada prunciei în timpul activităţii de supt (Brierley, 1936), al educaţiei sfincteriene a bebeluşilor (Greenacre, 1950; Moulton, 1973) şi, într-o varietate de moduri indirecte, în timpul îngrijirii copilului (Kestenberg, 1968). În plus, masturbarea clitoridiană a copilului poate conduce la senzaţii intense în organele genitale interne prin intermediul legăturilor nervoase şi vasculare. În contrast cu opinia lui Freud că vaginul este inexistent până la pubertate (1905/2010), concluziile pediatrice sugerează că fetiţele pot începe masturbarea vaginală la o vârstă foarte timpurie. Mai important, acele fetiţe care dau dovadă de „ignoranţă“ cu privire la vaginurile lor ca organe tangibile care pot fi examinate şi explorate îşi pot totuşi descoperi vaginurile în termenii senzaţiilor interne.

Cu toate acestea, luând în considerare toate aceste aspecte, pare că dobândirea de către fetiţă a unei cunoaşteri confortabile, corecte şi diferenţiate a organelor sale genitale constituie o sarcină relativ mai dificilă. Dacă mai marea dificultate a fetei reflectă realităţile anatomice sau dacă această dificultate derivă în primul rând de la eşecul parental de coroborare a propriilor explorări sexuale ale fetiţei şi a senzaţiilor sale genitale, este o întrebare care merită o investigare atentă. Cu siguranţă, mulţi factori intrapsihici şi culturali pot contribui la împiedicarea fetei în creştere de la dobândirea unei înţelegeri şi cunoaşteri complete a propriei sexualităţi.

Înainte ca Masters şi Johnson (1966) să publice rezultatele cercetărilor lor, clitorisul era literalmente considerat a fi un organ rezidual în sexualitatea adultă; stimularea clitoridiană era considerată „masculină“ sau „falică“ şi era etichetată şi exclusă, ca formă de manifestare a invidiei de penis ori a imaturităţii sexuale.

Din punct de vedere psihanalitic, femeii adulte i se transmitea același mesaj ca și fetiței: cea mai sensibilă parte a anatomiei sale, din punct de vedere fiziologic, care nu are nicio altă funcție decât cea a plăcerii senzuale, este „nefeminină“, are un „caracter masculin“ și ar trebui negată; cu alte cuvinte, nu există ori nu ar trebui să existe. Deși este cunoscut faptul că intensitatea senzațiilor clitoridiene nu încetează niciodată, am realizat abia de curând că acest organ, clitorisul, este un organ valid și important în sexualitatea adultă.

În parte sub impactul mișcării feministe curente, cercurile psihanalitice au acordat din ce în ce mai multă atenție tendinței falocentrice a teoretizărilor noastre, făcându-se încercări de a corecta anumite concepții eronate cu privire la feminitate (Lerner, 1974b) și la sexualitatea feminină (Chasseguet-Smirgel, 1970). În dorința noastră înflăcărată de a reevalua teoriile lui Freud cu privire la femei, am putea trece cu vederea o sarcină teoretică la fel de semnificativă, anume de a da un sens dinamic acelor distorsiuni și concepții eronate care au fost propriu-zis stabilite și menținute. Să-i fie acordat clitorisului rolul de drept în sexualitatea feminină nu este mai important decât să dobândim o înțelegere dinamică a motivelor pentru care clitorisul și organele genitale externe au fost inițial „negate“ — o negare bine ilustrată de educația parentală curentă, de propriile noastre teoretizări din trecut și, în forma sa cea mai extremă, de obiceiul de excizare a clitorisului și ablație a labiilor, care s-a practicat asupra a milioane de femei în cadrul anumitor culturi (Ploss, Bartels și Bartels, 1965). În mod clar, această negare trebuie să își aibă originile în puternice sentimente de anxietate, împărtășite de ambele sexe, cu privire la sexualitatea femeii și la organele genitale externe feminine. Poate că faptul că atât de multă atenție psihanalitică a fost direcționată, în schimb, înspre frica de organul genital intern, vaginul, constituie un simptom al acestei anxietăți.

Cu toate acestea, n-ar fi corect să spunem că psihanaliza a ignorat anxietatea asociată cu organele genitale externe. Teoretic vorbind, anxietatea de castrare a bărbaților nu este provocată de vederea vaginului (care este foarte puțin accesibil inspectării vizuale), ci mai degrabă de vederea „vulvei materne acoperite de păr“ (Lederer, 1968, p. 3) și vulvei fetiței. Vulva, și nu vaginul, mai puțin vizibil, este cea care poate crea impresia unei „răni“, iar clitorisul este cel care poate stârni ori întări fricile bărbaților că penisul poate într-adevăr să fie pierdut, redus în dimensiuni sau retras în corp. Freud însuși (1940) admitea anxietatea pe care o poate inspira vulva și amintea de un pasaj din Rabelais, în care expunerea vulvei unei femei îl pune pe diavol însuși pe fugă.

Poate că nu este într-atât vorba de faptul că frica de vulvă a fost ignorată de teoreticienii psihanaliști, cât despre faptul că urmările acestei frici nu au fost complet înțelese. Eșecul parental de descriere a organelor genitale externe ale fetițelor poate reprezenta un simptom sau o manifestare importantă a acestei frici, deși este improbabil ca această neglijare să derive numai din anxietățile care-și au originile în structura anatomică a organelor genitale ale femeii. Interviurile pe care le-am desfășurat cu părinți sugerează că mai sunt și alți factori implicați, precum anxietățile acestora cu privire la recunoașterea fetiței ca individ sexual căruia îi produc plăcere propriile organe genitale. (Așa cum explica o mamă: „Este ușor să vorbești despre vagin, pentru că este un organ de reproducere, dar să-i spun fiicei mele despre clitorisul ei este ca și cum i-aș spune să se ducă să se masturbeze“.) Este necesară o investigare mai atentă și mai sistematică pentru a elucida mai departe atât dinamica subiacentă unui astfel de disconfort parental, precum și eșecului de recunoaștere și numire a organelor genitale sensibile ale fetiței.

Este important de notat că, în fapt, clitorisul nu constituie decât unul dintre aspectele experienței feminine care au fost negate sau invalidate prin nerecunoaștere sau prin aplicarea etichetei de „masculine“. Femeile au fost inhibate în numeroase aspecte ale dezvoltării și realizării personale de către fricile lor conștiente și inconștiente că năzuințele ce țin de ambiție, competitivitate și autocunoaștere sunt „masculine“. Etichetarea unor aspecte valoroase ale experienței de sine ca inadecvate în termeni de gen poate conduce nu doar la conflicte și inhibiții, ci și la deficite cognitive și intelectuale. Pentru psihanaliză, este o sarcină extrem de provocatoare să încerce să atingă o mai mare înțelegere a semnificațiilor inconștiente ale feminității și ale descrierii trăsăturilor, năzuințelor și comportamentelor specifice ca „masculine“ ori „feminine“, precum și să evalueze în continuare atât implicațiile adaptative, cât și pe cele patogene, pe care aceste descrieri le pot avea pentru copilul în creștere.

În concluzie, o examinare a literaturii dedicate educației sexuale confirmă relatările părinților cu privire la informațiile de natură sexuală împărtășite copiilor. Cu relativ puține excepții, copiii mici (și chiar și adolescenții) sunt învățați că „băieții au un penis și fetele au un vagin“, fără alte distincții lingvistice referitoare la organele genitale externe sensibile ale fetiței. Această imagine incompletă, nediferențiată și adesea incorectă a organelor genitale feminine o poate împiedica pe fata în creștere de la dobândirea unui sentiment de mândrie în raport cu propria feminitate și poate conduce la anxietate și confuzie în legătură cu sexualitatea sa. În cazul exemplificat, prezentat în cadrul acestui

capitol, eșecul de descriere a organelor genitale externe ale fetei a constituit un factor ce a contribuit la invidia de penis, precum și la conflicte cu privire la „a se uita“, ceea ce a condus la inhibiții de învățare simptomatice.

Este sugerat faptul că este posibil ca ubicuitatea „complexului de castrare“ feminin să nu derive în principal din mai mica dimensiune (și deci inferioritate) a clitorisului ca organ, în raport cu penisul. Mai degrabă se poate ca sentimentul de a fi „înșelată“ al fetei să reflecte eșecul parental de recunoaștere explicită a faptului că vulva (mai ales clitorisul) reprezintă un aspect important din „ce au fetele“. Întrucât aspectele vizibile și sensibile ale organelor genitale ale fetei nu îi sunt descrise, aceasta poate simți că nu are „permisiunea“ de a se dezvolta într-o femeie reactivă și completă sexual. Ca și în cazul prezentat, invidia de penis poate fi un simptom care să exprime dorința de „validare“ a propriei sexualități feminine, dar care servește și la blocarea acestei dorințe interzise prin inhibarea reactivității sexuale și mândriei cu privire la feminitate.

Referințe bibliografice

Abraham, K. (1920), „Manifestation of the female castration complex“, în Selected Papers of Karl Abraham, M.D., trad. D. Bryan și A. Strachey, pp. 338–369. Londra: Hogarth Press, 1927.

Beauvoir, S. de (1953), Al doilea sex. Vol. 2, București: Editura Univers, 1998.

Bellak, S. și Benedict, P.K, coord. (1958), Schizophrenia: A Review of the Syndrome, New York: Crune & Stratton, 1966.

Brierley, M. (1936), „Specific determinants in feminine development“, în International Journal of PsychoAnalysis, 17: 163–180.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Clower, V.L. (1976), „Theoretical implications in current views of masturbation in latency girls“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 24 (5): 109–125.

Freud, S. (1905), „Trei eseuri asupra teoriei sexualității“, în Opere esențiale, vol. 5 — Studii despre sexualitate, pp. 39–172, București: Editura Trei, 2010.

_____ (1940), Medusa’s head. Standard Edition 18: 273–275, 1955.

Greenacre, P. (1950), „Special problems of early female development“, în Trauma, Growth, and Personality, pp. 234–258, New York: International Universities Press, 1969.

Kestenberg, J.S. (1968), „Outside and inside, male and female“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 16: 457–520.

Lederer, W. (1968), The Fear of Women, New York: Grune & Stratton.

Lerner, H.G. (1974a), „The hysterical personality: a «women's disease»“, în Comprehensive Psychiatry, 15: 157–164.

_____ (1974b), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38: 538–553.

Masters, W.H. și Johnson, V.E. (1966), Human Sexual Response. Boston: Little, Brown.

Moulton, R. (1973), „A survey and reevaluation of the concept of penis envy“, în Psychoanalysis and Women, coord. J.D. Miller, pp. 207–230, New York: Brunner/Mazel.

Ploss, P., Bartels, M. și Bartels, P. (1965), Femina Libido Sexualis, New York: The Medical Press.

Shapiro, D. (1965), Stiluri nevrotice, Bucureşti: Editura Trei, 2009.

Taylor, K. (1972), Almost Twelve. Wheaton, III.: Tyndale House.

Torok, M. (1970), „The significance of penis envy in women“, în Female Sexuality, coord. J. Chasseguet-Smirgel, et al., pp. 135–170. Ann Arbor: University of Michigan.

---

[7] Acest capitol a fost publicat inițial în 1976 cu titlul „Descrierea parentală eronată a organelor genitale feminine ca factor determinant al invidiei de penis și al inhibițiilor de învățare la femei“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 24(5): 269–283.

[8] În comparație cu băieții, care în general se masturbează prin intermediul manipulării genitale directe și specifice, este cunoscut faptul că, cel mai frecvent, fetele se angajează în forme nespecifice, indirecte de masturbare (Clower, 1976). Bănuiesc că evitarea stimulării manuale clitoridiene directe poate reflecta în parte eșecul de numire și descriere a acestui organ pentru fetiță.

Capitolul 3

Invidia de penis

Conceptul de invidie de penis a fost supus unui număr considerabil de revizuiri, iar dorința de a avea un penis nu mai este considerată o forță omniprezentă în dezvoltarea femeii.[9] Dorința de autoactualizare și dezvoltare a femeii, fie prin intermediul maternității, fie al unei evoluții profesionale, este acum privită ca reprezentând mai degrabă o năzuință feminină primară, și nu o reacție defensivă la o inferioritate genitală reală ori imaginară. Deși ambele sexe pot adopta o poziție caracterizată de ambiție, competitivitate, productivitate drept mijloc de compensare pentru un sentiment de rană și păgubire narcisică, analistul din zilele noastre nu se va mai grăbi să catalogheze străduințele de tip agresiv, ambițios sau competitiv drept „masculine“ și nici să le interpreteze a priori drept o manifestare a invidiei de penis. Pe scurt, invidiei de penis i s-a conferit un rol mai puțin universal și necesar în debutul feminității decât sugerau scrierile mai timpurii (Blum, 1977).

În contrast cu punctul de vedere freudian că aspectele feminității nu sunt prezente până la pubertate (Kleeman, 1977), feminitatea fetiței este acum considerată primară. În același timp, se menține un acord general cu privire la faptul că invidia de penis și complexul de castrare pot exercita o influență critică asupra dezvoltării feminine, invidia de penis continuând să reprezinte un simptom evident în rândul unor femei. Într-adevăr, tendința de a râvni la organul sexual masculin poate determina o dinamică atât de puternică și de pervazivă, încât legitimitatea socioculturală a invidiei de penis nu pare a fi suficientă pentru a explica sentimentele profunde de deficit și inferioritate resimțite de unele femei cu privire la propriul sex. În pofida faptului că existența invidiei de penis simptomatice constituie un fapt clinic, se menține o absență a unui acord psihanalitic general referitor la etiologia și semnificația simptomului. Sarcina mea în acest capitol este de a clarifica anumite diferențe teoretice importante cu privire la simptom și de a arăta implicațiile sale în practica clinică.

Rolul diferențelor anatomice

Literatura psihanalitică relevă faptul că se menține un dezacord considerabil în privința importanței diferențelor anatomice propriu-zise în etiologia invidiei de penis. Conform lui Freud (1905), invidia de penis derivă din inferioritatea genitală (fie ea reală ori imaginară) a sexului feminin și se dezvoltă drept consecință a observării traumatice de către fetiță a diferențelor sexuale. În contrast cu această perspectivă larg răspândită, un număr din ce în ce mai mare de scrieri psihanalitice sunt în concordanță cu noțiunea aparent paradoxală expusă de Torok (1970) că „penisul însuși nu este implicat în invidia de penis“ (p. 138). Aceste scrieri sugerează că doar conștientizarea diferențelor anatomice obiective nu poate explica idealizarea organelor genitale masculine și, mai departe, că absența unei părți corporale, precum penisul, nu produce prin ea însăși o invidie patologică sau o depreciere de sine. Merită să examinăm aceste două poziții teoretice în mai mare detaliu.

Invidia de penis ca reflexie a realităților anatomice reale

Multe paciente își exprimă sentimentul de deficiență ca fiind în mod direct legat de lipsa organelor genitale masculine. Așa cum afirma Torok (1970), „se regăsește la multe femei ideea fantezistă că organul sexual masculin posedă calități supreme: putere infinită asupra binelui și răului, o garanție a siguranței în care se află posesorul acestuia, libertate absolută, imunitate la anxietate sau vinovăție și o promisiune de plăcere, iubire și îndeplinirea tuturor dorințelor“ (p. 139). Concluzia logică ar părea deci a fi că invidia de penis derivă din reacția fetei la diferențele anatomice reale sau percepute. Acest punct de vedere, expus de Freud, a fost rezumat de Stoller (1973) după cum urmează:

Pentru că este vizibil, îşi poate modifica dimensiunea într-atât, are forma unei arme, poate penetra, înspăimântă femeile şi este o sursă atât de intensă de senzaţii încă de la începuturile vieţii, acesta [penisul] îşi demonstrează şi superioritatea. Astfel, când este pus în contrast cu organele genitale feminine, concluziile se confirmă din nou. Falusul feminin, clitorisul, este mult mai mic, nu este vizibil, nu poate penetra, nu a captat întreaga imaginaţie a omenirii, nu este niciodată simbolizat sau preamărit şi — susţinea Freud — nu constituie o sursă competentă de plăcere. Semnificaţia sa este în plus diminuată din cauza faptului că trebuie să-şi împărtăşească soarta cu un alt organ, vaginul, care, în opinia lui Freud, era considerat în mod universal un organ inferior — este ascuns, întunecat, misterios, nesigur, murdar şi nu este o sursă de plăcere de încredere. (pp. 244–245)

În mod similar, în cadrul lucrării sale clasice asupra complexului de castrare feminin, Abraham (1920) afirmă că realităţile anatomice sunt de asemenea natură încât „organul genital al femeii este văzut ca o rană, reprezentând, în consecinţă, un rezultat al castrării“ (p. 340). Acest punct de vedere sugerează că invidia de penis constituie un fenomen de bază a cărui etiologie se bazează pe observarea de către fetiţă ori cel puţin pe convingerea acesteia că îi lipseşte sau că a pierdut un organ genital superior.

Mai există o manieră de conceptualizare a rolului pe care îl joacă realităţile anatomice în invidia de penis simptomatică. Această perspectivă alternativă indică faptul că nu superioritatea reală sau percepută a penisului este cea care conduce la invidia fetiţei cu privire la acesta, ci natura anxiogenă a propriilor organe genitale, care creează o predispoziţie către invidia de penis. De fapt, nu există mari îndoieli în privinţa faptului că structura anatomică a organelor genitale feminine îi produce o problematică specifică fetiţei, care este posibil să întâmpine o mult mai mare dificultate decât băiatul în atingerea unei înţelegeri corecte, confortabile şi diferenţiate a anatomiei sale sexuale (Kestenberg, 1968; Lerner, 1977). Anxietăţile primitive, împărtăşite de ambele sexe, în legătură cu vaginul şi vulva, au avut parte de o atenţie considerabilă în literatură (Lederer, 1968), astfel că nu este necesară elaborarea acestora aici. Ceea ce este semnificativ este că neclarităţile, confuzia şi anxietatea pe care fetiţa le trăieşte cu privire la propriile organe genitale ar putea, ce-i drept, să o predispună la a

fantasma că viața sa intrapsihică ar fi într-adevăr mai ușor de gestionat dacă ar deține organe genitale masculine în locul organelor genitale de care dispune.

Diferența conceptuală tocmai conturată este una subtilă, dar importantă. Prima perspectivă presupune că factorul determinant fundamental al invidiei de penis este superioritatea reală sau percepută a penisului în mintea fetiței (este mai mare, vizibil, o sursă de plăcere mai intensă etc.). A doua perspectivă presupune că invidia de penis a fetiței este o reacție secundară la anxietatea provocată de propriile organe genitale (frică de penetrare sau intruziune; frică de senzații intense, difuze, intragenitale; frică de vagin drept un organ castrator, oral-distructiv etc.). Deși aceste două puncte de vedere nu trebuie considerate a se exclude reciproc, diferența conceptuală este una semnificativă, întrucât cele două sunt urmate de intervenții clinice diferite. În primul caz, travaliul de interpretare s-ar putea concentra concret pe dorința pacientei de a fi băiat/bărbat și de a deține organe genitale masculine în locul organelor proprii. În cel de-al doilea caz, travaliul de interpretare s-ar putea concentra pe dorința pacientei de a fi fată/femeie și de a dobândi o înțelegere completă a propriilor organe genitale, în același timp conștientizând faptul că este lipsită de această capacitate din cauza anxietăților și conflictelor cu privire la organele de care dispune propriu-zis. Invidia cu privire la organele genitale masculine este considerată a fi o elaborare secundară sau defensivă, și nu o experiență de bază. Intervențiile clinice de primul tip se supun riscului de exacerbare a devalorizării feminității de către pacientă și, în opinia mea, blochează o analiză profundă a problemei.

Invidia de penis ca expresie a unui conflict inconștient

În contrast cu cele două perspective prezentate anterior, un număr din ce în ce mai mare de psihanaliști consideră că diferențele anatomice propriu-zise nu au un rol etiologic primar ori au un rol foarte mic în invidia de penis. Spre exemplu, Torok (1970) afirmă că penisul, atunci când este luat în considerare ca obiect biologic obiectiv, nu are nicio importanță în înțelegerea invidiei de penis: „Numai o investigare care nu ține seama de natura obiectivă a penisului relevă semnificația generală a invidiei de penis, conflictul pe care încearcă să-l soluționeze simptomul și maniera în care încearcă să facă acest lucru“ (p. 183).

Sarcina analistului este de a sonda dincolo de invidia de penis, pentru a scoate la iveală dorința, frica sau năzuința inconștientă care a produs invidia de penis ca soluție.

În acest cadru conceptual, Grossman şi Stewart (1977) sugerează că invidia de penis este o „metaforă“ care reflectă sau exprimă răni narcisice şi probleme de invidie la toate nivelurile psihosexuale ale dezvoltării. Deşi atenția principală acordată unui organ absent sau imposibil de obținut poate furniza o explicație concretă şi comprehensibilă insatisfacției şi invidiei, este posibil ca diferențele anatomice propriu-zise să nu dețină o semnificație etiologică. Aceşti autori notează că unele sentimente severe de păgubire, privare şi invidie, existente dinaintea descoperirii diferențelor sexuale, se numără printre factorii psihologici care pot crea o vulnerabilitate traumatică la descoperirea diferențelor genitale, care reprezintă una dintre multele experiențe de privare.

Alți autori (Chasseguet-Smirgel, 1970; Torok, 1970) sugerează nu numai că invidia de penis poate să nu fie legată de natura obiectivă a penisului, ci, mai mult decât atât, că simptomul s-ar putea să aibă puțin de-a face cu invidia. Opinia mea este că accepțiile cele mai utile şi mai corecte din punct de vedere clinic ale invidiei de penis se bazează pe considerarea simptomului ca reflectând o perturbare în cadrul relațiilor de obiect, în special cu mama.

Dacă fetița sau femeia devalorizează feminitatea şi îşi dorește penisul, ne putem întreba: „De ce şi-l dorește? Ce dramă internalizată inconştientă cu figura parentală este exprimată prin această dorință?“ A fost sugerat un număr de posibile soluții: fetița şi-ar putea dori un penis pentru a-şi exprima mai bine ura față de mamă sau ca un mijloc de a o poseda pe mama omnipotentă invidiată, precum şi atributele magice ale acesteia, ori ca un mijloc de a se extrage dintr-o relație frustrantă şi de dependență cu mama — anume ca o încercare disperată de separare şi diferențiere. Invidia de penis poate fi o expresie a unei revolte împotriva rănilor narcisice produse de mama omnipotentă sau poate constitui încercarea fetei de a proteja un imago gelos, intruziv, matern, prin intermediul unui „jurământ de fidelitate“ inconştient făcut mamei că ea (fiica) nu va atinge împlinirea genitală (Chasseguet-Smirgel, 1970; Torok, 1970; Lerner, 1977).

Chasseguet-Smirgel (1976) a observat ulterior că invidia de penis simptomatică are cel mai înalt nivel de severitate în cadrul familiilor în care mama este resimțită ca dominantă şi ca exercitând un nivel de control extrem, iar tatăl, ca slab şi pasiv. Această concluzie este în concordanță cu propria mea observație

clinică a faptului că invidia și idealizarea bărbaților și a penisului sunt adesea asociate cu încercarea fetei/femeii de a se separa de controlul matern excesiv și de a evita o identificare marcată de teamă cu o „mamă rea“ distructivă, castratoare. După cum susține Chasseguet-Smirgel (1970), imaginile femeilor drept castratoare sau deficiente reprezintă, pentru ambele sexe, o negare a imagoului mamei primitive.

Rezumatul anterior nu are ca obiectiv aprecierea multiplicității de semnificații pe care le poate avea simptomul de invidie de penis în cazul unei anumite femei. Obiectivul este mai degrabă de a arăta că unii psihanaliști continuă să considere invidia de penis drept un simptom care reflectă dificultățile fetelor de a accepta într-o manieră confortabilă diferențele anatomice. Alți analiști privesc simptomul ca pe un conținut mental conștient ale cărui semnificații inconștiente unice (care este posibil să aibă puțin de-a face cu invidia sau anatomia) trebuie să fie analizate și înțelese.

Implicații cu privire la tratament

Grossman și Stewart (1977) notează că, atunci când invidia de penis este conceptualizată în termeni concreți ca reflectând invidia pacientei cu privire la organele genitale masculine, aceasta poate fi abordată clinic ca reprezentând un adevăr definitiv, imuabil, referitor la diferențele anatomice ori la dorința pacientei de a fi bărbat. Este semnalat faptul că asemenea intervenții reduc sursele multiple de insatisfacție la o cauză unică și împiedică analiza semnificațiilor subiacente ale simptomului. Mai mult decât atât, efectul clinic al unor astfel de intervenții poate fi de a confirma cele mai mari frici ale pacientei cu privire la inferioritatea sa și de a-i exacerba acesteia sentimentul de privațiune „reală“. Am mai observat și că astfel de interpretări întăresc preocuparea defensivă a pacientei față de deficitul anatomic sau genital și îi împiedică atât pe pacientă, cât și pe analist să examineze conflictele și dorințele subiacente mai anxiogene și dureroase care cauzează simptomul și se exprimă prin acesta.

Sunt de părere că interpretarea invidiei de penis este invariabil antiterapeutică dacă pacienta crede că analistul/terapeutul îi spune: „De fapt, v-ați dori să fiți bărbat“. Această afirmație este resimțită ca o judecată depreciativă iremediabilă și definitivă a statutului de femeie și a feminității pacientei. Este un mesaj care trebuie să o facă pe femeie să se simtă neînțeleasă, întrucât ce și-ar dori ea ar fi să fie mai mult femeie, deși conflictele și simptomele o împiedică să atingă acest țel. Invidia de penis simptomatică este întâlnită îndeajuns de frecvent în practica psihanalitică, dar numărul de paciente care într-adevăr își doresc să fie bărbați (ca experiență primară, nu defensivă) este, de fapt, mic și suspectez că se limitează la transsexuali.

Un aspect important, legat de cele discutate mai sus, este că pacientele se grăbesc uneori să se arate de acord cu noțiunea că „suferă de invidie de penis“ (în termeni anatomici concreți) dintr-o multitudine de motive; acest acord nu ar trebui confundat cu „validarea“ conceptului. Grossman și Stewart (1977) au observat că interpretarea invidiei de penis poate fi imediat acceptată de pacientă ca adevărată, pentru că aceasta are un efect organizator; anume funcționează asemenea unei idei delirante menite să aducă ordinea în locul a ce era înainte

o invidie liber flotantă sau o vagă insatisfacţie cu feminitatea. Aşa cum am menţionat anterior, anumite paciente pot fi preocupate inconştient de aspectele unui deficit anatomic sau genital pentru a bloca o explorare mai anxiogenă a afectelor şi anxietăţilor subiacente cuprinse în simptom. Am intervievat într-o manieră informală un număr surprinzător de femei care raportează că au „acceptat“ interpretările referitoare la invidia de penis, care, la momentul respectiv, „păreau a fi adevărate“, pentru ca mai târziu (în urma tratamentului sau într-un tratament ulterior) să le resimtă ca ofensatoare, inhibitoare sau false. Sunt de părere că motivaţiile inconştiente care conduc o femeie la a se supune interpretărilor analitice ale invidiei de penis (mai ales atunci când analistul este bărbat) sunt complexe şi merită să li se acorde o mai mare atenţie.

Invidia de penis și „aspirațiile masculine“

Ideea că invidia de penis este un simptom care derivă din neglijarea şi distorsionarea de către societate a adevăratelor nevoi sexuale, sociale şi intelectuale ale femeilor constituie un punct de vedere care a stârnit considerabile controverse printre clinicienii contemporani. Deşi cei mai mulţi psihanalişti nu împărtăşesc această opinie, câţiva (Seidenberg, 1970) sunt de acord cu ipoteza surprinzător de timpurie a lui Thomson (1943) că invidia de penis reflectă atitudinea unui grup neprivilegiat sau subordonat faţă de cei aflaţi la putere.

Indiferent de punctul de vedere împărtăşit de unii sau alţii cu privire la această chestiune, controversele au ajutat la aducerea la lumină a unei absenţe a preciziei conceptuale din partea multor teoreticieni şi practicieni care ataşează eticheta de „invidie de penis“ oricărei femei care se răzvrăteşte împotriva definiţiilor date de societate feminităţii sau îşi exprimă invidia faţă de prerogative şi privilegii masculine. Pentru anumiţi analişti, „invidia de penis“ este sinonimă cu o lipsă de acceptare a „rolului feminin“ (aşa cum este acesta definit cultural), în ciuda faptului că cercetările psihologice au demonstrat din ce în ce mai frecvent că este posibil ca asemenea „rebele“ să fie mai sănătoase decât surorile lor în mod stereotip „feminine“ (Bem, 1976; Kaplan şi Bean, 1976). Echivalarea invidiei de penis cu aşa-numitele aspiraţii masculine este nesănătoasă din punct de vedere

conceptual şi conduce în general la consecinţe contraterapeutice.

Am descoperit că femeile care se răzvrătesc împotriva noţiunilor definite cultural ale feminităţii, exprimând, de asemenea, invidie şi resentimente faţă de bărbaţi, fac acest lucru dintr-o multitudine de motive nevrotice, dar şi din motive sănătoase şi adaptative. Un mare număr dintre aceste femei care manifestă „aspiraţii masculine“ nu suferă de invidie de penis, ci se caracterizează mai degrabă printr-o profundă mândrie şi plăcere derivate din a fi femei. Însă aceste femei se confruntă într-adevăr cu anxietate şi vinovăţie inconştiente cu privire la propriile ambiţii şi aspiraţii competitive de a dobândi mari competenţe şi succese în lumea din afara casei — aspiraţii pe care observă cum bărbaţii le exprimă cu o aparentă lipsă de dificultate. Inhibiţiile împărtăşite frecvent de aceste femei îşi au originile într-o relaţie nediferenţiată cu mamele lor, care rezultă într-o incapacitate a femeii de a tolera experienţa funcţionării autonome asociată cu competenţele intelectuale sau succesul profesional. În plus, asemenea aspiraţii ar putea fi resimţite inconştient drept „prea masculine“ sau „falice“ — o percepţie foarte mult întărită de presiunile culturale.

Atunci când aspiraţiile „falice“ sunt interpretate în cadrul tratamentului ca masculine ori considerate a fi o expresie a invidiei de penis, vinovăţia cu privire la ambiţii şi aspiraţii competitive se intensifică. În plus faţă de exacerbarea inhibiţiilor femeii, astfel de interpretări adâncesc în mod inevitabil resentimentele acesteia faţă de bărbaţi, pe care îi percepe ca având permisiunea de a atinge succesul în contextul competiţiei fără a fi adusă în discuţie identitatea lor de gen. Sunt de acord cu observaţia făcută de Kronsky (1971) că se întâmplă prea des ca invidia de penis simptomatică să fie întărită în mod paradoxal tocmai de interpretarea care vizează dizolvarea acesteia. În multe cazuri, invidia şi resentimentele faţă de bărbaţi dispar de la sine odată ce femeia dobândeşte capacitatea de împlinire în paliere de funcţionare extinse şi diverse.

Atunci când invidia de penis este conceptualizată în termeni anatomici concreţi (anume ca indicând dorinţa pacientei de a fi bărbat ori de a deţine organe genitale masculine), interpretarea analitică poate să contribuie chiar mai mult la un soi de reducţionism absurd. Să luăm, spre exemplu, afirmaţia adesea reiterată a lui Ritvo (1977) că echivalenţa minte-penis face ca buna funcţionare mentală să reprezinte o sursă de mândrie şi satisfacţie pentru femei. Acesta scrie că „o sublimare satisfăcătoare şi de succes a invidiei de penis, observată în mod deosebit în rândul studentelor, are loc prin funcţionarea şi realizările de ordin intelectual“ (p. 132). Autorul sugerează aici că femeia cu adevărat feminină (care

nu manifestă invidie de penis) este lipsită de sentimente de mândrie şi plăcere derivate din funcţionarea şi realizările intelectuale? Sau că femeile inteligente şi ambiţioase sunt motivate de un sentiment inconştient de deficit anatomic? Ori că utilizarea creativă a propriei minţi este un demers „masculin“? Probabil că nu, pentru că ştim că plăcerea pe care o derivă un individ din realizările şi competenţele sale intelectuale se caracterizează printr-o bogăţie de semnificaţii psihologice pentru ambele sexe. Aceste aspiraţii reflectă capacităţile sublimatorii adaptative, identificările sănătoase cu unul dintre părinţi sau cu ambii, plăcerea naturală a Eului produsă de învăţare şi dezvoltarea competenţelor, gratificarea narcisică derivată din primirea de laude din partea altora şi sentimentul de respect de sine şi stare de bine al individului, inerent cunoaşterii faptului că este abil şi de succes în contextul competiţiei. Deşi munca analitică a demonstrat că eforturile de competiţie reuşită şi de „ridicare la înălţimea aşteptărilor“ pot avea la bază aspecte patologice şi pot servi la compensarea unui sentiment subiacent de deficit sau inadecvare, această descoperire nu se aplică mai mult la femei decât la bărbaţi.

Cu toate acestea, impresia mea este că, în cabinet, asemenea comentarii precum cele ale lui Ritvo (în ciuda intenţiilor lor) se poate considera că sugerează faptul că aspiraţiile competitive, intelectuale şi ambiţioase ale femeii nu sunt „pe deplin feminine“, astfel fiind improbabil ca acestea să poată fi încorporate în experienţa de sine a pacientei într-o manieră producătoare de plăcere şi egosintonă. Psihanaliza nu a reuşit uneori să înţeleagă îndeajuns de bine profunda vinovăţie şi anxietate resimţite de o femeie atunci când vreun aspect valorizat al experienţei sale de sine este etichetat ca „masculin“. Spre exemplu, o pacientă pe care am avut-o în psihoterapie deţinea o preţioasă servietă de piele care îi aparţinuse tatălui său decedat, pe care îl iubise extrem de mult. O ascunsese „pentru totdeauna“ în debara atunci când un terapeut anterior îi interpretase ataşamentul de servietă ca reflectând dorinţa ei de a deţine un penis. În travaliul său ulterior cu mine, a reuşit să-şi redobândească şi să se bucure din nou de această posesie valoroasă.

Interpretările psihanalitice ale invidiei de penis pot fi contraterapeutice sau utile, în funcţie de capacitatea analistului de a explora semnificaţiile unice, variate şi complexe pe care simptomul le poate servi pentru o anumită femeie. Rămâne o mare diversitate de opinii psihanalitice cu privire la semnificaţia invidiei de penis, deşi dezacordurile nu au fost întotdeauna exprimate explicit. Întrucât interpretarea psihanalitică derivă în mod specific din maniera în care este conceptualizată invidia de penis, dobândirea unei mai mari clarităţi conceptuale

deține o importanță clinică și teoretică deosebită.

Referințe bibliografice

Abraham, K. (1920), „Manifestation of the female castration complex“, în Selected Papers of Karl Abraham, M.D., trad. D. Bryan și A. Strachey, pp. 338–369. Lobdra: Hogarth Press, 1927.

Bem, S.L. (1976), „Probing the promise of androgyny“, în Beyond Sex-role Stereotypes: Readings Toward a Psychology of Androgyny, coord. AG. Kaplan și J.P. Bean, pp. 47–62. Boston: Little, Brown.

Blum, H. P., coord. (1977), Female Psychology: Contemporary Psychoanalytic Views, New York: International Universities Press.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), „Feminine guilt and the Oedipus complex“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 94–134. Ann Arbor: University of Michigan Press.

_____ (1976), „Freud and female sexuality: the consideration of some blind spots in the exploration of the «dark continent»“, în International Journal of Psychoanalysis, 57 (3): 275–287.

Freud, S. (1905), „Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii“, în Opere esenţiale, vol. 5 — Studii despre sexualitate, pp. 39–172, București: Editura Trei, 2010.

Grossman, W.I. și Stewart, W.A (1977), „Penis envy: from childhood wish to developmental metaphor“, în Female Psychology: Contemporary Psychoanalytic Views, coord. H.P. Blum, pp. 193–212, New York: International Universities Press.

Kaplan, AG. și Bean, J.P., coord. (1976), Beyond Sex-role Stereotypes: Readings Toward a Psychology of Androgyny. Boston: Little, Brown.

Kestenberg, J.S. (1968), „Outside and inside, male and female“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 16 (3): 457–520.

Kleeman, J.A (1977), „Freud's views on early female sexuality in the light of direct child observation", în Female Psychology: Contemporary Psychoanalytic Views, coord. H.P. Blum, pp. 3–27, New York: International Universities Press.

Kronsky, B.J. (1971), „Feminism and psychotherapy", în Journal of Contemporary Psychotherapy, 3 (2): 89–98.

Lederer, W.W. (1968), The Fear of Women, New York: Grune & Stratton.

Lerner, H.G. (1977), „Parental mislabeling of female genitals as a determinant of penis envy and learning inhibitions in women", în Female Psychology: Contemporary Psychoanalytic Views, coord. H.P. Blum, pp. 269–283, New York: International Universities Press.

Ritvo, S. (1977), „Adolescent to woman", în Female Psychology: Contemporary Psychoanalytic Views. coord. H.P. Blum, pp. 127–137, New York: International Universities Press.

Seidenberg, R. (1970), Marriage in Life and Literature, New York: Philosophical Library.

Stoller, R.J. (1973), „Overview: the impact of new advances in sex research on psychoanalytic theory", în American Journal of Psychiatry, 130 (3): 241–251.

Thompson, C. (1943), „«Penis envy» in women", în Psychiatry, 6 (2): 123–125.

Torok, M. (1970), „The significance of penis envy in women", în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 135–170. Ann Arbor: University of Michigan Press.

---

[9] Acest capitol a fost publicat inițial în 1980 cu titlul „Penis Envy: Alternatives in Conceptualization" în Bulletin of the Menninger Clinic, 44(1): 39–48.

Capitolul 4

Interdicții interne împotriva furiei resimțite de femei

Dificultăţile de gestionare a furiei şi agresivităţii nu reprezintă în mod exclusiv o problemă a femeilor.[10]

În cadrul muncii clinice, întâlnim indivizi de ambele sexe care manifestă inhibiţii ale exprimării directe a furiei realiste şi tendinţe la puseuri agresive impulsive, slab reglate. Gestionarea furiei şi agresivităţii prezintă într-adevăr dificultăţi intrapsihice pentru noi toţi, interferând la diferite niveluri cu capacitatea noastră de a munci şi de a iubi.

Cu toate acestea, există atât diferenţe evidente între cele două sexe, cât şi similitudini. Pe scurt, femeile tind să fie excesiv de inhibate, în vreme ce bărbaţii nu sunt îndeajuns de inhibaţi în privinţa exprimării directe a furiei şi agresivităţii. Deşi există multe excepţii de la regulă, nivelul mai înalt al agresivităţii la sexul masculin constituie un fapt de viaţă observabil, consemnat de cercetarea clinică şi experimentală (Lewis, 1976). Faptul că bărbaţii poartă războaie, iar femeile nu, este considerat de Lewis ca reprezentând diferenţa cea mai clară şi incontestabilă între sexe, exceptând realitatea biologică a faptului că numai femeile nasc şi îşi alăptează bebeluşii.

Este poate surprinzător faptul că specialiştii în sănătate mentală nu au făcut eforturi să examineze oscilaţiile furiei şi agresivităţii pentru fiecare dintre sexe. Scrierile lui Bernardez-Bonesatti (1978) au fost primele demersuri semnificative de elucidare amănunţită a factorilor intrapsihici şi culturali specifici dificultăţilor întâmpinate de femei în privinţa furiei şi a agresivităţii. În mod clar, problemele femeilor în acest palier merită o atenţie specială, întrucât bărbaţii şi femeile au de gestionat structuri anatomice diferite, trebuie să îndeplinească sarcini de dezvoltare diferite şi primesc, de-a lungul vieţii, informaţii legate de socializare diferite din partea părinţilor şi a culturii în ansamblul ei.

Diferenţele dintre sexe privind informaţiile legate de socializare sunt extrem de mari în ce priveşte furia şi agresivitatea. Încă de la naştere, conştientizarea de către părinte a sexului copilului („Bebeluşul meu e fetiţă!“) organizează şi direcţionează reacţiile părintelui faţă de expresiile de furie, rebeliune şi protest

ale copilului. În ciuda schimbărilor aduse de mişcarea feministă, exprimarea furiei şi agresivităţii este considerată încă masculină la bărbaţi şi nefeminină la femei. Atât de puternice sunt interdicţiile societăţii împotriva furiei femeilor, încât femeia furioasă ar putea fi condamnată, chiar şi dacă porneşte o revoluţie umană şi nesângeroasă pentru apărarea propriilor drepturi legitime. Nu aş putea număra de câte ori am auzit fraza „sunt de acord în mare cu mişcarea de eliberare a femeilor, dar femeile acelea furioase pur şi simplu îmi creează un sentiment neplăcut!“.

În comparaţie cu eroii bărbaţi, care luptă şi chiar îşi dau viaţa pentru lucrurile în care cred, femeia furioasă şi agresivă ar putea într-adevăr să ne producă tuturor dezgust. Dar care sunt imaginile care ni se formează în minte? Femeia care „urăşte bărbaţii“, plină de invidie, castratoare, descărcându-şi mânia şi resentimentele faţă de bărbaţi? Casnica pasiv-agresivă şi duşmănoasă care îşi domină şi controlează soţul din umbră? Femeia infantilă, iraţională, iute la mânie, care aruncă cu farfurii şi tigăi prin bucătărie şi se comportă mereu ca o nenorocită isterică? Aceste imagini familiare sunt mai mult decât stereotipuri crude şi sexiste. Sunt, de fapt, poziţii nevrotice adoptate de femei reale atunci când presiunile intrapsihice şi culturale se combină pentru a inhiba exprimarea directă şi adecvată a furiei şi protestului legitime. În plus, Bernardez-Bonesatti (1978) a observat că asemenea imagini servesc la întărirea definiţiilor culturale ale femeii sănătoase, „feminine“, care este lipsită complet de furie şi agresivitate, mai ales faţă de bărbaţi. Deşi femeile şi-ar putea exprima furia în apărarea altora care prezintă o mai mare neajutorare decât ele însele, furia faţă de bărbaţi este ţinută în frâu „prin avertizări permanente cu privire la pericolul de a deveni unul dintre stereotipurile înspăimântătoare şi dezgustătoare care prezintă femeile ca feroce, pline de invidie, răzbunătoare sau «castratoare»“ (Bernardez-Bonesatti, 1978, p. 216).

Dificultăţile întâmpinate de femei în privinţa furiei au fost conceptualizate de autoarele feministe drept o consecinţă a procesului de socializare feminină (Kaplow, 1971). Într-adevăr, există dovezi clinice şi provenite din cercetare care indică faptul că fetele sunt crescute într-o manieră care le restricţionează libertatea de a exprima furia şi agresivitatea şi le inhibă capacitatea de a avea un comportament competitiv şi autoasertiv (Gornick şi Moran, 1971; Kaplan şi Bean, 1976). Dar de ce au fost stabilite şi menţinute asemenea presiuni culturale? Mitul femeii feminine complet lipsite de furie şi agresivitate nu ar fi supravieţuit cu atâta putere de-a lungul timpurilor dacă ambele sexe nu ar fi împărtăşit profunde frici intrapsihice faţă de furia feminină.

În acest capitol, voi pune în discuție doi factori intrapsihici determinanți care cred că dețin un rol central în înțelegerea fricii femeilor de propria furie. Primul se referă la fricile iraționale ale femeilor de propria distructivitate omnipotentă, o temă care a fost supusă atenției de o serie de autori (Lederer, 1968; Lerner, 1974; Bernardez-Bonesatti, 1976). Al doilea privește dificultățile de separare-individuație în relația mamă-fiică, dificultăți care ar putea conduce la incapacitatea fetei/femeii de a tolera sentimentul de separare și diferență inerent în experiența furiei. Poziția mea teoretică derivă din testarea diagnostică și travaliul clinic intensiv cu paciente adulte care au în comun o serie de caracteristici. Acestea își asumă în relațiile cu ceilalți o poziție protectivă, împăciuitoare, de „fată bună“. În unele cazuri, pasivitatea, slăbiciunea și vulnerabilitatea pot emerge ca trăsături pregnante de caracter. Aceste femei evită în general experiența și exprimarea directă a furiei, arătându-se, în schimb, „rănite“, în situații care, într-un mod mai realist, ar provoca furie sau protest. Toate aceste femei împărtășesc profunde anxietăți inconștiente cu privire la „luptă“, care interferează nu doar cu abilitatea lor de a-și exprima furia, ci și cu capacitatea lor adaptativă de afirmare de sine și competiție.

Fricile de distructivitatea omnipotentă

Deşi ambele sexe au fantasme înspăimântătoare cu privire la efectele devastatoare ale furiei lor lăsate libere, astfel de anxietăţi primitive sunt, de regulă, mai puternice şi mai inhibitoare în rândul femeilor (Lederer, 1968; Bernardez-Bonesatti, 1978). La prima vedere, ar putea părea paradoxal că femeile, care se prezintă în cabinetele noastre ca sexul mai slab şi „castrat“, ar întâmpina un nivel relativ mai înalt de anxietate cu privire la propria putere şi distructivitate. Această aparentă contradicţie se soluţionează atunci când înţelegem că experienţa de sine a femeilor ca fiind slabe şi castrate adesea constituie o retragere defensivă din faţa unei experienţe de sine mai înspăimântătoare — aceea a unei persoane omnipotent distructive, castratoare, a cărei expresie arhetipală este excelent reprezentată de personajul asistentei medicale Ratched în Zbor deasupra unui cuib de cuci.

Pentru a pricepe frica de furia feminină împărtăşită de ambele sexe, trebuie să înţelegem faptul că lumea bebeluşului şi a copilului se află în mod predominant, dacă nu chiar exclusiv, în mâinile femeilor (Lerner, 1974). Mama este cea care nu doar gratifică impulsurile bebeluşului, ci este şi prima care interzice exprimarea acestora. Mama este cea care, alături de o armată de alte femei (guvernante, bone, educatoare), nu doar furnizează recompense şi plăceri, ci şi provoacă inevitabilele pedepse şi răni narcisice care fac parte din sarcina de zi cu zi de socializare a copilului. Mai mult, mama este cea care reprezintă primul obiect de dependenţă al copilului; alături de această femeie, copilul trebuie să facă trecerea de la experienţa unei simbioze fuzionale, nediferenţiate, la o din ce în ce mai mare individuaţie, separare şi autonomie. Puterea acestei lupte cu mama — lupta dintre dorinţele regresive de dependenţă şi năzuinţele mai autonome de separare şi autonomie — inevitabil generează agresivitate şi mânie faţă de obiectul de dependenţă. Deoarece un copil se sprijină într-o foarte mare măsură pe proiecţia primitivă, un aspect al imagoului matern timpuriu, care persistă chiar şi în inconştientul celor mai „raţionali“ adulţi, este acela al unei mame rele atotputernice, răzbunătoare, furioase, posesive, care restricţionează autonomia, libertatea şi creşterea copilului său.

Una dintre dilemele pe care fata trebuie să le gestioneze în privinţa identificării cu mama ei este confruntarea cu un imago matern internalizat care include elemente ale mamei rele omnipotente şi distructive. Pentru a evita o asemenea identificare înfricoşătoare, fata/femeia ar putea trece în mod defensiv la o experienţă de sine ca fiind castrată şi, spre liniştea ei, neajutorată. Această experienţă de sine şi idealizarea aferentă a bărbaţilor deseori maschează opusul — o experienţă de sine ca fiind distructivă şi castratoare, în mod deosebit în relaţiile cu bărbaţii (Chasseguet-Smirgel, 1970; Lerner, 1974; Bernardez-Bonesatti, 1978). Redirecţionarea defensivă de la castratoare la castrată conduce frecvent la o expresie anatomică de ordin concret. Spre exemplu, în cazul invidiei de penis simptomatice, devalorizarea de către femeie a organelor sale genitale, pe care le vede mutilate şi inferioare, poate constitui o experienţă inconştientă mai înfricoşătoare a vaginului său ca fiind un organ periculos, oral-încorporant, care va distruge literalmente penisul în timpul raportului sexual.

Fantasmele înspăimântătoare referitoare la distructivitatea omnipotentă a femeilor nu trebuie neapărat să se bazeze pe aspecte cu adevărat „rele“ ale mamei, deşi, din experienţa mea clinică, astfel de frici sunt de cel mai înalt nivel atunci când mama chiar este posesivă şi manifestă un control excesiv în relaţie cu un tată pasiv şi indisponibil. Cu toate acestea, în culturile în care parentajul nu-i implică pe ambii părinţi, anxietăţile iraţionale cu privire la furia şi puterea femeii pot constitui consecinţa inevitabilă a faptului că lumea copilului este în mod predominant, dacă nu chiar exclusiv, una matriarhală (Lerner, 1974; Dinnerstein, 1976). În plus, fricile primitive ale femeilor în privinţa propriei distructivităţi sunt profund intensificate de stereotipurile culturale care le învaţă pe femei să „facă pe proasta“, să „lase bărbatul să câştige“, să-l lase să „pară că el e şeful“ sau orice varietate de strategii care încurajează femeile să disimuleze slăbiciunea atunci când aceasta nu vine pe cale naturală. Aceste instruiri culturale reprezintă avertizări paradoxale cu privire la cât de vătămător şi de distructiv ar putea fi „sexul slab“ la adresa bărbaţilor dacă femeile ar fi, pur şi simplu, ele însele.

De la furie la durere: anxietatea de separare

Pentru a înțelege dinamica femeilor care se simt în mod caracteristic „rănite“ în situațiile care mai lesne ar evoca furie, trebuie făcută o distincție între fenomenologia furiei și cea a durerii. Este important să fie înțeles faptul că experiența de furie este una care implică sentimentul de a fi separat, diferit și singur. Orice confruntare marcată de furie constituie o afirmare a diferențelor între oameni, ceea ce creează un sentiment mai puternic de a fi pe propriile picioare, separat și în afara unui context relațional. În toiul unei confruntări pline de furie, femeia nu se mai simte ca fiind soția bărbatului, sau fiica mamei sale, sau mama copilului său. Este doar ea însăși, separată și singură.[11] Bernardez-Bonesatti a remarcat că, „la furie, persoana își stabilește o singurătate automată și devine temporar separată de obiectul furiei sale“ (1978, p. 216). Ea scrie că femeile se tem atât de mult de această pierdere a conexiunii, încât expresiile lor de furie sunt adesea însoțite de lacrimi, vinovăție și tristețe, care contaminează furia ori servesc la o anula întru totul.

Experiența de durere (care se poate exprima comportamental sub forma lacrimilor, a autocriticii, a unor manifestări depresive și/sau a unor afirmații inducătoare de vinovăție) se situează într-o considerabilă opoziție față de experiența de furie. Atunci când, în mijlocul unei confruntări marcate de furie, o femeie trece de la furie la durere sau lacrimi, își retrage afirmația de a fi separată și singură. Exprimarea durerii aduce obiectul mai aproape și subliniază importanța acestuia pentru sine. Durerea, în comparația cu furia, pune accentul pe noțiunea relațională de „noi“, și nu pe cea autonomă de „eu“.

În aceeași linie cu observația lui Bernardez-Bonesatti, am remarcat că în special pacientele prezintă dificultăți de tolerare a sentimentului de separare și de singurătate inerent experienței de furie. Sentimentul de separare provoacă anxietate de separare și o frică inconștientă de pierdere a obiectului, ceea ce mobilizează femeia să încerce să „recupereze“ persoana pe care este furioasă prin varii moduri, precum prin a plânge, a cere iertare, a-și face autocritică sau a-și exprima durerea sau depresia. Sunt de părere că această anxietate de separare este independentă de fricile pe care ar putea să le dețină femeia cu privire la

efectele distructive ale agresivității sau la posibila răzbunare din partea celuilalt. Aceasta derivă mai degrabă din experiența fenomenologică de lipsă a unui atașament de un obiect și de a fi „cu totul și cu totul singură“ — o experiență care nu se limitează la exprimarea furiei, dar care este trăită și în perioade de succes creativ sau intelectual. Pentru anumite femei, această „singurătate“ este tolerabilă sau chiar incitantă. Însă în cazul altora (ale căror caracteristici au fost descrise anterior), această „singurătate“ este percepută ca fiind periculoasă, ca și cum ar amenința legătura cu o mamă care ar rămâne ea însăși golită și consumată dacă fiica sa s-ar simți împlinită și întreagă prin ea însăși, în afara unui context relațional. Ceea ce se plasează în centrul problemei este deosebita dificultate a fetei de a dobândi un nivel adecvat de separare și autonomie față de propria mamă.

O veche zicală din popor spune că „Un fiu rămâne un fiu până își ia o nevastă; o fiică îți rămâne fiică pentru tot restul vieții ei“. Deși acest citat reflectă apropierea particulară dintre mame și fiicele lor, sugerează și mai marea dificultate întâmpinată de fiică în a-și declara independența de mama sa. Propria experiență clinică m-a convins că sarcina de a-ți declara separarea și diferențierea de mamă este una relativ mai dificilă pentru fată. Fata, în special, este cea care poate resimți inconștient pașii înspre autonomie ca fiind periculoși, de vreme ce a fi separată și întreagă în afara mamei constituie o lipsă de loialitate și o trădare a relației dintre ele. Atunci când mama și fiica nu pot negocia un grad adecvat de separare între ele, este posibil ca fiica să-și sacrifice propria creștere și să evite funcționarea autonomă pentru a menține o legătură inconștientă cu mama, care este resimțită ca prea posesivă sau fragilă pentru a tolera autonomia în curs de dezvoltare a fetei. Când separarea și diferențierea de mamă nu pot fi exprimate în siguranță, experiența separării și diferențierii inerente exprimării furiei poate fi, de asemenea, tabu. Se poate ca expresiile sănătoase ale furiei și protestului să fie înlocuite de soluții masochiste: dacă fiica devine copilul rănit sau dependent, este menținută o legătură inconștientă cu mama.

În continuare, voi face unele comentarii generale asupra sarcinii de dezvoltare a separării-individuației, prezentând apoi o ipoteză cu privire la cauza din care fiica, în comparație cu fiul, poate să fie în mod special vulnerabilă la trăirea anxietății și vinovăției asociate declarării statutului său separat și diferențiat de mamă. Deși sunt relevanți mulți factori culturali și intrapsihici, mă voi concentra asupra unei anumite diferențe pe care o consider esențială în raport cu chestiunea aflată în discuție. Mă refer la faptul că fetița trebuie să se diferențieze de o figură

maternă cu care urmează să se identifice, în vreme ce băiețelul trebuie să se diferențieze de o figură maternă ale cărei trăsături și comportamente este învățat să le respingă la el însuși, în contextul eforturilor sale de a deveni „masculin“.

Separarea-individuația de mamă: diferențele dintre sexe

Aspectele ce țin de fuziune și de individuație au fost discutate de mari gânditori din psihanaliză, precum Searles (1965, 1973), Fairbairn (1952), Guntrip (1961) și Mahler (1963), dar și de către terapeuți de familie precum Bowen (1978) și Minuchin (1974). Extrăgând concluzii din teorii atât individuale, cât și relaționale, Karpel definește individuația ca „procesul prin care o persoană devine din ce în ce mai diferențiată de un context relațional trecut sau prezent. […] Individuația implică redirecționarea fenomenologică subtilă, dar esențială prin care o persoană începe să se vadă pe sine ca separată și distinctă în contextul relațional în care a fost încastrată. Este vorba de delimitarea din ce în ce mai clară a unui «eu» dintr-un «noi»“ (1976, p. 67). Procesul de separare-individuație începe cu mama, dar nu se încheie cu ea. Mai degrabă, eforturile de individuație nu se soluționează niciodată complet, dar sunt elaborate în cadrul unei varietăți de relații intrapsihice și interpersonale de-a lungul întregii vieți a individului. Procesul de trecere de la relații fuzionale la relații individuate constituie „o luptă universală existențială și de dezvoltare și… un principiu organizator fundamental al creșterii umane“ (Karpel, 1976, p. 67).

Ceea ce deține poziția centrală în eforturile de individuație ale copilului sunt încercările acestuia de a-și exprima diferențele față de mamă, precum și reacțiile ei (adică aprobarea și iubirea sau retragerea aprobării și a iubirii) la exprimarea de către copil a diferențelor. Încercările de separare și individuație față de mamă (și, ulterior, de tată) prin intermediul exprimării de diferențe se manifestă sub forma unei varietăți de expresii comportamentale pe parcursul întregii vieți. Copilul foarte mic își poate exprima diferențele față de mamă prin locomoția activă, astfel demonstrând că el este o entitate individuală, fizic separată și diferită de mamă. Băieţelul poate fi extrem de încântat de penisul său, ca simbol al statutului de separare și diferențiere de mamă. Fata adolescentă își poate exprima caracterul separat față de mamă încălcând o regulă de familie nescrisă, conform căreia mama va alege vestimentația copiilor. Băiatul adolescent își poate purta părul într-o formă care-i irită familia sau poate refuza să se implice

în afacerea familiei. Deşi astfel de exprimări ale diferenţelor pot deriva în parte dintr-o poziţie ostilă şi de contradependenţă în raport cu figurile parentale, acestea constituie frecvent cele mai bune mijloace disponibile copilului, la un anumit moment, de a-şi exprima autonomia şi independenţa faţă de mama şi tata. Atunci când părintele, în mod caracteristic, reacţionează la exprimarea de către copil a diferenţelor ca desemnând o „pierdere“ a acestuia sau o marcă a neloialităţii ori a încălcării legăturii dintre ei, copilul poate reacţiona prin asumarea unei poziţii de pasivitate cronică, conformism şi neajutorare, drept încercare de a restaura şi menţine relaţia de obiect ameninţată (Masterson, 1976).

De ce ar trebui ca fetiţa să întâmpine un nivel relativ mai înalt de dificultate în afirmarea statutului său ca fiind separată şi diferită de mamă? De ce ar trebui ca băiatul să aibă parte de o manieră relativ mai uşoară şi mai confortabilă de a-şi afirma un asemenea statut? Deşi nu există mari îndoieli cu privire la faptul că o mare parte din procesul de socializare feminină le predispune pe fete la soluţii de dependenţă, mai degrabă decât la unele de autonomie (Kaplan, 1976), aceste realităţi culturale nu fac principalul obiect al discuţiei aici. În schimb, aşa cum am menţionat anterior, mi-aş dori să mă concentrez asupra unei diferenţe specifice destul de dramatice între sexe în cadrul sarcinii complexe de separare-individuaţie faţă de mamă. Anume fata parcurge acest dificil demers de dezvoltare în raport cu părintele de acelaşi sex; băiatul, în raport cu părintele de sex opus.[12] Fata asimilează asemănarea cu mama; băiatul asimilează diferenţa de mamă. Margaret Mead scria cu multă vreme în urmă că, în ce-l priveşte pe băiat, „cea mai timpurie experienţă a sinelui este una în care acesta este forţat, în relaţia cu mama sa, să se conştientizeze pe sine drept diferit, drept o fiinţă altfel decât mama“ (Mead, 1949, p. 167).

Sunt de părere că eforturile de individuaţie ale băiatului în raport cu părintele de sex opus îi pot oferi o anumită „permisiune“ de a fi separat şi diferit de mamă încă din momentul în care este îndeajuns de mare încât să înţeleagă noţiunea „sunt băiat“. În plus faţă de faptul că un băiat este anatomic diferit de mama sa, conceptele bipolare referitoare la masculinitate şi feminitate o încurajează pe mamă să îşi ajute fiul să exprime aceste diferenţe. Acest lucru nu implică însă că sarcina de separare-individuaţie a dezvoltării este îndeplinită cu uşurinţă între mamă şi fiu; în multe familii, băieţii nu au capacitatea de a dezvolta un sentiment puternic de autonomie şi pot rămâne agăţaţi de părinţi care creează ei înşişi inconştient obstacole semnificative în calea creşterii fiilor lor. Ceea ce încerc mai degrabă să sugerez este că, vorbind la modul general, definiţiile bipolare ale masculinităţii şi feminităţii le pun la dispoziţie mamelor un ajutor

special în încurajarea fiilor de a fi separaţi şi diferiţi de ele. Indiferent cât de nediferenţiată şi posesivă este mama însăşi, indiferent de intensitatea dorinţei acesteia ca fiul să o reflecte şi să rămână veşnic legat de ea, mama îşi doreşte şi ca fiul său să fie masculin şi, astfel, diferit de ea însăşi.

Este posibil ca fetiţa să aibă parte de o mai slabă „permisiune“ din partea mamei de a-şi exprima diferenţele şi de a-şi declara independenţa. Nu doar că ea este anatomic similară cu mama, dar sarcina de diferenţiere de mamă a dezvoltării este însoţită de sarcina de identificare cu aceasta şi de dobândire a unui sentiment de „asemănare“. De asemenea, polaritatea masculin-feminin care există în toate culturile poate servi la descurajarea fiicei în încercările sale de a fi diferită de mamă; atunci când fetele se comportă în moduri care nu se menţin în linia scenariilor tradiţionale pe care le-au urmat mamele lor, cel mai probabil vor fi catalogate ca fiind „nefeminine“ sau „masculine“. Un număr de factori contribuie la predispoziţia mamei de a reacţiona la manifestarea de către fată a „diferenţelor“ ca reprezentând o respingere ori o lipsă a loialităţii. Într-un asemenea caz, asumarea de către fată a aspectelor aşa-zis feminine (adică pasivitate, conformism şi inhibarea exprimării directe a furiei) s-ar putea dovedi a fi un preţ mic de plătit pentru a-şi pecetlui jurământul de credinţă faţă de o mamă resimţită inconştient ca prea fragilă ca să facă faţă dezvoltării autonomiei fiicei sale.

Deşi punctul central de interes aici este mai marea uşurinţă cu care băiatul îşi afirmă statutul de separare şi diferenţă faţă de mamă, ar trebui menţionat faptul că experienţa sa în raport cu îngrijitorii de sex opus îl confruntă şi pe acesta cu probleme unice. În mod mai specific, relativa absenţă a îngrijitorilor primari de sex masculin îi creează băiatului o vulnerabilitate la fantasme primitive persistente cu privire la omnipotenţa feminină (Lerner, 1974, 1978), precum şi o mai mare incertitudine în privinţa propriei identităţi de gen (Lewis, 1976). Această ultimă problemă este cât se poate de evidentă în cadrul culturilor patrilocale, caracterizate de absenţa tatălui, în care severe ritualuri de iniţiere masculină (de ex. tăierea penisului) devin necesare pentru stabilirea unei identităţi „masculine“ ferme în raport cu una primar feminină (Burton şi Whiting, 1961). Nivelul mai înalt de vulnerabilitate a bărbaţilor la simptome ce implică identitatea de gen a fost consemnat în această societate atât în cadrul cercetărilor clinice, cât şi al celor empirice (Lewis, 1976). Dintr-o perspectivă antropologică, Chodorow (1972) a pus în discuţie alte dezavantaje cu care se confruntă bărbaţii din cauza faptului că sunt în mod predominant socializaţi de femei.

Deși spațiul nu permite o discuție amănunțită cu privire la alți factori intrapsihici și culturali care creează foarte mari dificultăți în negocierea de către mame și fiice a unui grad adecvat de separare între ele, merită ca unii dintre aceștia să fie menționați pe scurt. În primul rând, fetița se confruntă cu sarcina de dezvoltare în mod specific dificilă de negociere a „schimbării de obiect“ (vezi Chasseguet-Smirgel, 1970) — anume trecerea de la mamă la tată ca obiect primar al iubirii. Dificultățile întâmpinate în acest stadiu pot crea o deosebită vulnerabilitate a fetei în ceea ce privește experimentarea unei fragilități sau invidii materne reale ori imaginare, ceea ce interferează cu mișcările de redirecționare ale fiicei înspre funcționarea autonomă și împlinirea genitală heterosexuală. Mai mult decât atât, puternica identificare care există între mamă și fiică împinge în cazul amândurora spre o mai mare sprijinire pe proiecții care distorsionează realitatea. Cu mai mare ușurință decât fiul, fiica poate deveni vehiculul prin care mama speră să-și îndeplinească plăcerile și gratificările care i-au fost negate în fantasmă sau în realitate. Deși părinții pot trăi indirect fie prin intermediul fiilor, fie prin cel al fiicelor lor, identificarea dintre mamă și fiică o predispune pe mamă la a-și invidia (cel puțin inconștient) mai mult fiica decât fiul. Așadar, își poate încuraja fiica să fie autonomă și angajată într-un proces de centrare pe sine, în același timp subminând încercările acesteia de a obține ceea ce ea (mama) nu are. Invidia sa poate deveni foarte intensă în perioada adolescenței fiicei, atunci când activitatea, exuberanța și nivelul crescut al sexualității fiicei pot coincide cu experiența parcursă de mamă de scădere a atractivității sexuale, la care se adaugă creșterea nivelului de conștientizare a faptului că le este din ce în ce mai puțin și, în curând, chiar deloc necesară copiilor săi. Chestiunea rivalității oedipiene per se poate fi secundară în raport cu criza prin care trece o femeie în această etapă, în cadrul unei culturi în care aspectele sale decorative și de îngrijire îi pot compromite într-o mare măsură identitatea și sentimentul de valoare personală.

Este importantă recunoașterea faptului că problemele din relația mamă-fiică nu pot fi conceptualizate ca reflectând un „maternaj rău“ ca atare. Într-adevăr, maternajul nu poate fi înțeles făcând abstracție de rolul tatălui (adesea evident atunci când acesta este absent) și ambele trebuie luate în considerare în contextul cultural în care există parentajul (Seidenberg, 1970; Rich, 1976). O mare parte din procesul de socializare feminină, precum și însăși structura familiei nucleare tradiționale le pot predispune atât pe mamă, cât și pe fiică să caute relații de dependență și sprijin excesiv. Mama hiperposesivă și geloasă care restricționează mișcările înspre autonomie ale fiicei sale poate fi ea însăși produsul unui proces de socializare feminină, marcat de distorsiune și constricție, care nu a lăsat-o să

deţină mare lucru în afară de copiii săi (Seidenberg, 1970). Intensa ambivalenţă care adesea caracterizează reacţiile unei mame faţă de fiica sa (mai ales în cursul adolescenţei) este cu atât mai uşor de înţeles în societatea din zilele noastre, care încurajează femeile să renunţe în mod altruist la aspiraţiile de centrare pe sine pentru a putea fi cele mai bune mame, în acelaşi timp punând la îndoială necesitatea sau motivele de laudă ale unor asemenea sacrificii. Într-o ultimă analiză, dificultăţile întâmpinate de mame şi fiice în negocierea aspectelor de separare-individuaţie trebuie să ţină cont atât de factorii intrapsihici, cât şi culturali, care sunt indisolubil legaţi, se validează reciproc şi sunt dificil de separat.

Implicaţii cu privire la tratament

Exprimarea furiei şi protestului legitime este mai mult decât o afirmare a demnităţii şi respectului de sine; este şi o afirmare a faptului că individul va risca să lupte singur, chiar şi confruntându-se cu dezaprobarea sau posibila pierdere a iubirii din partea celorlalţi. În cazul pacientelor noastre, acest lucru necesită un anumit nivel de curaj. Nu doar că femeile au fost învăţate că valoarea, dacă nu chiar identitatea lor, se bazează în cea mai mare parte pe iubirea pe care o oferă şi o primesc, ci, chiar mai la obiect, multe femei nu au atins nivelul de funcţionare autonomă care le-ar permite să rămână separate şi singure în experienţa propriei furii (Lerner, 1977; Bernardez-Bonesatti, 1978).

O sarcină centrală a psihoterapiei este aceea de a ajuta femeile să înţeleagă fricile iraţionale inconştiente, precum şi realităţile externe care le împiedică de la exprimarea directă, deschisă şi francă a furiei şi protestului legitime. În cadrul acestui demers, munca directă cu problemele ce ţin de furie şi agresivitate constituie un sector de explorare necesar, dar nu suficient. În plus, trebuie explorate şi soluţionate aspectele nerezolvate legate de autonomie şi de separarea de mamă. Femeile care prezintă loialităţi inconştiente faţă de mamă, rămânând „copilul mamei“ şi evitând funcţionarea autonomă, sunt inhibate nu doar în privinţa exprimării furiei şi protestului, ci şi în privinţa oricărei activităţi care presupune experienţa subiectivă de a te simţi singur şi de a rămâne pe propriile picioare. Unor asemenea femei le va fi dificil să tolereze experienţa stării de separare şi diferenţiere inerente în situaţii precum avansarea unei idei originale, investirea într-o gândire critică şi inovatoare care le aparţine în exclusivitate sau tolerarea competiţiei necesare pentru a dobândi succes profesional. Astfel de acte pot fi trăite inconştient drept o încălcare a unui jurământ inconştient de a rămâne copilul mamei lor şi de a evita funcţionarea autonomă.

Până la momentul la care aceste femei ajung în terapie, se întâmplă frecvent să fi transferat această dramă internalizată de la mamă la soţ. Este posibil să-şi fi găsit iubiţi sau soţi posesivi, nediferenţiaţi, alături de care să continue drama trăită anterior cu mama. Este posibil ca poziţia exterioară marcată de dominanţă şi control a bărbatului să ascundă, de fapt, fragilitatea şi nesiguranţa interioară

ale acestuia. Reproducând experiența femeii în raport cu mama ei, se poate ca soțul să împiedice încercările soției de a se schimba și a crește, resimțind mișcările ei înspre o mai mare autonomie drept o lipsă de loialitate care va amenința siguranța previzibilă a relației dintre ei. A privi dilema acestei femei doar în „aici și acum“ — anume drept o luptă cu un soț opresiv — înseamnă a pierde oportunitatea de a analiza o relație nediferențiată cu mama, care ar putea-o predispune la acceptarea unor soluții patriarhale, și nu la a merge înainte înspre adevărata autonomie.

Ajutându-ne pacientele să dobândească o mai mare autonomie, le ajutăm să își exprime furia și protestul legitime cu fermitate și putere, ceea ce este esențial în termenii sentimentului de demnitate și respectului de sine. Dar experiența autonomiei vine însoțită de propriile poveri. A trăi experiența autonomiei înseamnă a trăi experiența fundamentalei noastre singurătăți — a accepta că ne facem propriile alegeri, că hotărâm riscurile la care ne supunem și că ne asumăm responsabilitatea primară pentru propria creștere și dezvoltare. Este poate mai simplu pentru noi toți să ne direcționăm energia către căutarea iubirii și aprobării celorlalți, intrând în relații alcătuite din nesfârșite cicluri de vinovăție și învinovățire a persoanei care eșuează în a ne aduce fericirea și de a menține veșnic fantasma că o altă persoană ne poate completa și împlini, așa cum face mama care alăptează pentru bebelușul ei. Pacientele mele care au făcut pași semnificativi înspre funcționarea autonomă parcurg inevitabil un sentiment dureros de doliu și de pierdere a relației nediferențiate și reconfortante cu un părinte (sau imago parental internalizat) pe care l-au lăsat cu mult curaj în urmă. Cu toate acestea, țelul de dobândire a unei mai mari autonomii este unul spre care aspirăm în privința oricăruia dintre pacienții noștri, bărbați și femei, precum și în ce ne privește pe noi înșine. Aceasta pentru că, prin capacitatea de a fi separați, diferiți și singuri, devenim liberi nu doar să ne exprimăm furia ca reacție la încălcarea drepturilor noastre, ci și să iubim dintr-o poziție de egalitate autentică și respect reciproc.

Referințe bibliografice

Bernardez-Bonesatti, T. (1976), „Unconscious beliefs about women affecting psychotherapy“, în North Carolina Journal of Mental Health, 7 (5): 63–66.

_____ (1978), „Women and anger: conflicts with aggression in contemporary women“, în Journal of the American Medical Women’s Association, 33 (5): 215–219.

Bowen, M. (1978), Family Practice in Clinical Practice, New York: Jason Aronson.

Burton, R. și Whiting, J. (1961), „The absent father and cross-sex identity“, în Merrill-Palmer Quarterly, 7: 85–95.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), „Feminine guilt and the Oedipus complex“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 99–134. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Chodorow, N. (1972), „Being and doing: cross-cultural examination of the socialization of males and females“, în Women in Sexist Society: Studies in Power and Powerlessness, coord. V. Gornick și B. Moran, pp. 259–291, New York: New American Library.

Dinnerstein, D. (1976), The Mermaid and the Minotaur: Sexual Arrangements and Human Malaise, New York: Harper & Row.

Fairbairn, W.R.D. (1952), Psychoanalytic Studies of the Personality. Londra: Tavistock.

Gornick V. și Moran B., coord. (1971), Woman in Sexist Society, New York: Basic Books.

Guntrip, H.J. (1961), Personality Structure and Human Interaction, New York: International Universities Press.

Kaplan, A. și Bean, J., coord. (1976) Beyond Sex-Role Stereotypes. Boston: Little, Brown.

Kaplow, S. (1971), „Getting angry. Notes from the Third Year“, în Women’s Liberation, coord. A. Koedt și S. Firestone, 15–17.

Karpel, M. (1976), „Individuation: from fusion to dialogue“, în Family Process, 15 (1): 65–82.

Lederer, W. (1968), The Fear of Women, New York: Grune & Stratton.

Lerner H.G. (1974), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38: 538–553.

_____ (1977), „Taboos against female anger“, în Menninger Perspective, 8 (4): 4–11.

_____ (1978), „On the comfort of patriarchal solutions: some reflections on Brown’s paper“, în Journal of Personality and Social Systems, 1 (3): 47–50.

Lewis, H.B. (1976), Psychic War in Men and Women, New York: International Universities Press.

Mahler, M.S. (1963), „Thoughts about development and individuation“, în The Psychoanalytic Study of the Child, vol. 18, New York: International Universities Press.

Masterson, J.F. (1976), Psychotherapy of the Borderline Adult:
A Developmental Approach, New York: Brunner/Mazel.

Mead, M. (1949), Male and Female, New York: Morrow.

Minuchin, S. (1974), Families and Family Therapy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Rich, A. (1976), Of Woman Born, New York: W.W. Norton.

Searles, H.F. (1965), Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects, New York: International Universities Press.

_____ (1973), „Concerning therapeutic symbiosis“, în The Annual of Psychoanalysis, 1: 247–262.

Seidenberg, R. (1970), Marriage in Life and Literature, New York: Philosophical Library.

---

[10] Acest capitol, care a fost prezentat în mai 1978 la cea de-a 131-a întrunire anuală a Asociației Americane de Psihiatrie de la Atlanta, Georgia, a fost inițial publicat în 1980 în The American Journal of Psychoanalysis, 40(2): 137–148.

[11] În cartea mea Dansul furiei (București: Editura Herald, 2018), ilustrez maniera în care expresiile de furie nu evocă întotdeauna un mai mare sentiment de separare de celălalt, ci pot mai degrabă reflecta anxietatea cu privire la diferențe și servi la menținerea experienței de fuziune și de „blocare“ în relații.

12 Aceste idei au fost puse în scris pentru prezentarea din 1978, în același an, dar înainte de publicarea lucrării clasice a lui Nancy Chodorow The Reproduction of Mothering (Berkeley și Los Angeles: University of California Press, 1978). Cartea lui Chodorow se bazează, de asemenea, pe conceptul psihanalitic conform căruia procesul de diferențiere (în cadrul structurii familiale tradiționale) are loc în contextul diadei mamă-copil, iar dificultățile întâmpinate de fete apar în concordanță cu acesta. Vezi Capitolul 14 pentru o reevaluare critică a acestei ipoteze.

Partea a II-a

Psihologia feminină şi psihoterapia femeilor

Capitolul 5

Aspecte adaptative și patogene ale stereotipurilor rolurilor de gen

Din fericire, mișcarea feministă curentă a adus în atenția publică și profesională aspecte ce privesc masculinitatea și feminitatea.[13] O examinare atentă a literaturii psihiatrice indică faptul că există o confuzie conceptuală în privința semnificației termenilor masculin și feminin, precum și o serie de raționamente derutante în ceea ce privește motivul pentru care unele trăsături, comportamente sau aspecte specifice sunt considerate adecvate și sănătoase pentru unul dintre sexe, dar neadaptative sau mai puțin adecvate pentru celălalt (Lerner, 1974). Mai mult decât atât, există considerabile controverse cu privire la impactul conceptelor noastre bipolare privind masculinitatea și feminitatea — anume dacă stereotipurile rolurilor de gen au un efect adaptativ sau patogen asupra dezvoltării individului.

Prima sarcină a acestui capitol este de a evalua efectele pozitive și negative ale stereotipurilor rolurilor de gen, neluând în considerare niciuna dintre definiţiile culturale curente ale masculinităţii și feminităţii. În a doua parte, îmi voi prezenta punctul de vedere conform căruia nivelul la care conceptele dihotomice de masculinitate și feminitate sunt adaptative și facilitatoare (și nu restrictive și patogene) pentru o anumită persoană este invers proporţional cu nivelul la care persoana respectivă și-a consolidat un sentiment stabil și clar al identităţii de gen. În cele din urmă, vor fi puse în discuție implicațiile cu privire la parentaj și psihoterapie. Nu voi încerca să prezint o descriere exhaustivă și definitorie a aspectelor discutate; obiectivul meu este mai degrabă de a aduce echilibru și claritate conceptuală într-o zonă importantă, care a rămas sub umbra prejudecăților, a mitologiei culturale și a unei lupte neproductive între sexe.

Consecințe patogene și adaptative

Consecințele patogene ale stereotipurilor rolurilor de gen au fost discutate amănunțit în cadrul literaturii feministe și psihiatrice. Nu există îndoială că noțiunile stereotipe referitoare la masculinitate și feminitate au un efect constrângător și inhibitor asupra dezvoltării. Copiii sunt încurajați să se conformeze generalizărilor idealizate despre cum ar trebui „să fie“ bărbații și femeile, în loc de a li se permite să-și dezvolte propriile potențiale, interese și abilități unice (Seidenberg, 1976; Lerner, 1973). Rezultatul patogen inevitabil al oricărei dihotomii masculin-feminin este că, până la urmă, copilul va ajunge să simtă că un anumit aspect propriu valorizat și dorit este inadecvat genului din care face parte și trebuie negat sau eliminat (Badaracco, 1974). În această privință, nu este relevantă chestiunea diferențelor biologice sau constituționale între sexe. Ceea ce e mai degrabă important este dacă se respectă temperamentul și predispozițiile biologice ale fiecărui copil unic, care ar putea să se conformeze sau să nu se conformeze la diferențele statistice de grup între sexe.

În ultima perioadă, a avut loc o creștere a nivelului de înțelegere a profundelor vinovății, anxietăți și inhibiții care rezultă atunci când unui copil i se spune că interesele, abilitățile sau comportamentele sale nu sunt adecvate genului din care face parte (Badaracco, 1974). Niciun băiețel nu poate tolera să i se spună că este feminin și nicio fetiță nu poate tolera să i se spună că este masculină. Așadar, nu este surprinzător faptul că, de timpuriu în viață, fetița își trăiește cu anxietate și vinovăție aspirațiile ce se abat de la direcțiile domestice (Seidenberg, 1970). Numeroase lucrări din literatura psihanalitică sugerează că multe femei care aparent aleg să renunțe la aspirațiile ambițioase și centrate pe sine fac acest lucru pentru că nu se pot dedica în mod liber și fără vinovăție unui demers de împlinire de sine prin realizări personale. Această vinovăție este legată de faptul că abilitatea profesională și competența sunt inconștient resimțite ca masculine (Chasseguet-Smirgel, 19701, Moulton, 1973). Experiența clinică și de viață demonstrează că puține femei sunt îndeajuns de reziliente încât să tolereze amenințările interne și externe la adresa feminității lor. Așa cum afirma un psihanalist: „Nicio femeie nu va prețui faima și gloria pe care le poate dobândi cu prețul de a fi numită nefeminină. Această lovitură sub centură aduce

majoritatea femeilor la disperare“ (Seidenberg, 1970, p. 134). Presiunile făcute asupra bărbaţilor de a renunţa la aspectele lor aşa-zis feminine sunt la fel de intense, dacă nu chiar mai intense.

Mai mult decât a avea consecinţe patogene, se poate susţine că stereotipurile rolurilor de gen, indiferent de conţinutul acestora, sunt conceptual nesănătoase. Noţiunile dihotomice de masculinitate şi feminitate sprijină implicit o conceptualizare a sănătăţii mentale pentru cele două sexe dificil de justificat în termeni teoretici. Rezultatele cercetărilor ce demonstrează existenţa unor diferenţe semnificative statistic între sexe nu pot fi interpretate ca relevând faptul că o trăsătură ori un aspect este sănătos în cazul unui sex şi mai puţin adaptativ sau important pentru celălalt. Cel mai probabil este că, de fapt, o trăsătură, un aspect sau un comportament este fie sănătos, fie nesănătos pentru o anumită persoană, indiferent de sexul acesteia. Spre exemplu, ambele sexe ar trebui să aibă capacitatea de a exprima un nivel sănătos de agresivitate, competiţie şi afirmare de sine, care să-i permită persoanei să persevereze şi să muncească pentru lucrurile în care crede, chiar şi riscând furia sau dezaprobarea celorlalţi. Cu toate acestea, pentru ambele sexe, agresivitatea, competiţia şi afirmarea de sine pot avea la bază elemente patologice; angajarea în competiţii, victoria sau „ridicarea la nivelul aşteptărilor“ pot deveni scopuri în sine, poate pentru a compensa pentru sentimentele subterane de inadecvare narcisică ale individului.

Să vorbim acum despre aspectele pozitive sau adaptative ale stereotipurilor rolurilor de gen. În primul rând, ar trebui să oferim respectul care se cuvine faptului că în toate locurile şi timpurile a existat o anumită dihotomie masculin-feminin, incluzând o diviziune clară a muncii în funcţie de sex, precum şi o diviziune precisă a atributelor, caracteristicilor şi calităţilor valorizate în cazul fiecăruia dintre sexe. Universalitatea stereotipurilor rolurilor de gen nu le dovedeşte în mod necesar şi virtutea (căutarea de ţapi ispăşitori, prejudecăţile şi războiul au atins şi ele un astfel de statut universal), dar sugerează totuşi că o polarizare masculin-feminin serveşte semnificative funcţii adaptative.

Este important să observăm că apărările prin clivaj şi identificare proiectivă implicate într-o polarizare masculin-feminin nu constituie doar defense patogene; acestea şi facilitează organizarea personalităţii organismului în creştere (Cooper, 1976). Aşa cum afirma Klein, încadrarea experienţelor în bipolarităţi ordonează universul şi „îi permite Eului să apară din haos şi să-şi pună în ordine experienţele“ (Segal, 1967/2016, p. 41). Autoarea sugera că acest clivaj ar putea constitui o precondiţie pentru experienţa ulterioară, mai

complicată, deşi mai completă intern, de integrare a bipolarităţilor în interiorul sinelui (de ex. bun-rău, activ-pasiv, dependent-independent).

O funcţie adaptativă a conceptelor bipolare de masculinitate şi feminitate este de a simplifica sarcina consolidării identităţii de gen pentru copil. Catalogarea cognitivă de către acesta a lui însuşi ca fiind băiat sau fată reprezintă organizatorul de bază pentru experienţa de gen ulterioară (Kleeman, 1976), iar neasemănările sau bipolarităţile în cadrul socializării pot facilita acest proces de catalogare. În plus, stabilirea şi întărirea diferenţelor clare între cele două sexe pot ajuta copilul la gestionarea anumitor anxietăţi cu privire la diferenţele sexuale — spre exemplu, frica băiatului că îşi va pierde penisul şi va deveni o fată sau frica fetei că a pierdut un penis şi este deci un băiat castrat.

Este foarte posibil ca noţiunile dihotomice de masculinitate şi feminitate să aibă o mai mare valoare psihologică pentru băieţel, în parte din cauza intensităţii anxietăţii de castrare. Mai mult decât atât, o exagerare sau polarizare a diferenţelor dintre sexe (fie ele reale sau imaginare) poate să-l ajute pe băiat în sarcina de dobândire a autonomiei şi separării de mamă. Aceasta a constituit în general o sarcină de dezvoltare mai dificilă pentru fată, care este similară anatomic mamei şi nu se poate baza pe un sentiment de masculinitate care să-i susţină diferenţele faţă de mamă sau opoziţia faţă de ea. În acelaşi timp, băiatul se află însă în situaţia în mod unic dificilă de identificare şi învăţare de la un îngrijitor primar ale cărui caracteristici este instruit să le respingă la el însuşi.

Deşi exagerarea sau polarizarea diferenţelor dintre sexe, fie ele reale sau închipuite, poate simplifica stabilirea identităţii de gen, nu rezultă că o socializare similară în termenii rolurilor de gen pentru ambele sexe ar conduce la o tulburare a identităţii de gen. Literatura psihiatrică adesea sugerează sau indică faptul că aderarea la concepte dihotomice de masculinitate şi feminitate, indiferent de maniera în care sunt acestea definite cultural, este fundamentală pentru dezvoltarea identităţii de gen normale (Kleeman, 1976; Stoller, 1976). Acest punct de vedere teoretic este emis în absenţa unei examinări ori cercetări a acelor copii sănătoşi care sunt crescuţi în familii normale, în care nici părinţii nu aderă la stereotipurile rolurilor de gen, nici nu sunt încurajate în mod special în rândul copiilor. Mă refer la familii în care părinţii deţin un sentiment profund al identităţii de gen care transcende şi există independent de comportamentele de gen presupuse de societate şi de noţiunile de masculinitate şi feminitate definite cultural.

Implicații cu privire la parentaj

Ipoteza că stereotipurile rolurilor de gen au un efect de consolidare și de facilitare, precum și consecințe restrictive și patogene ridică întrebări cu privire la gradul optim de aderare la stereotipurile rolurilor de gen în ce-l privește pe copilul în creștere. Ar trebui părinții să încerce să se elibereze întru totul de gândirea în termenii unei dihotomii masculin-feminin? Ar trebui să se adere într-o manieră strictă la aceste stereotipuri, cel puțin în perioada în care copilul este mic? Sau există vreo cale de mijloc prin care ne putem menține definițiile culturale cu privire la masculinitate și feminitate, în același timp extinzându-le și aducându-le o mai mare flexibilitate, astfel punând la dispoziție un spectru larg de alegeri pentru ambele sexe?

Această întrebare, atâta vreme cât este pusă în căutarea unor linii directive și reguli generale, nu are un răspuns. Stereotipurile rolurilor de gen și conceptele bipolare referitoare la masculinitate și feminitate îi furnizează copilului o structură. Măsura în care această structură este necesară și valabilă — sau restrictivă și inhibitoare — depinde de caracteristicile unice ale copilului și de constelația sa familială. Munca mea clinică sugerează că nivelul la care stereotipurile rolurilor de gen sunt adaptative și facilitatoare (și nu restrictive și inhibitoare) este invers proporțional cu nivelul la care un individ și-a consolidat un sentiment al sinelui stabil și integrat și și-a construit o identitate de gen solidă.

Ar putea fi de ajutor să definim conceptul de identitate de gen, așa cum este prezentat în această lucrare. Stoller (1976) definește identitatea de gen fundamentală ca „sentimentul pe care îl avem în raport cu genul nostru — de a fi bărbat la bărbați și de a fi femeie la femei“ (p. 61). Identitatea de gen constituie un concept mai larg, care implică o convingere cu privire la sine însuși și la rolul propriu sau un sentiment de masculinitate și feminitate. Conceptele de masculin și feminin sunt dificil de definit, de vreme ce se referă la experiențe subiective care pot atinge o multitudine de expresii comportamentale. Definesc identitatea de gen (adică masculinitate și feminitate) drept un sentiment stabil, subiectiv, de confort și plăcere în raport cu sexul propriu și cu acele funcții specifice

respectivului sex. În cazul femeilor, acest lucru înseamnă confort şi plăcere faţă de organele genitale feminine şi capacităţile de reproducere, în absenţa unei invidii ori frici nejustificate faţă de bărbaţi şi faţă de penis. La bărbaţi, înseamnă un confort şi o plăcere faţă de organele genitale masculine, în absenţa unei invidii sau frici nejustificate de femei şi de organele genitale feminine şi capacităţile de reproducere.

Să ne gândim mai întâi la copilul crescut de doi părinţi maturi, fiecare dintre aceştia având consolidate un sentiment de autonomie şi valoare personală şi o identitate de gen stabilă, neconflictuală. Anume mama are un sentiment sigur şi confortabil de a fi femeie şi feminină, iar tatăl, de a fi bărbat şi masculin. Dacă astfel de părinţi nu sunt clivaţi de-a lungul direcţiilor tradiţionale referitoare la masculin-feminin, copilului lor i s-ar putea acorda considerabile beneficii psihologice la costuri mici. Dacă mama şi tatăl sunt amândoi responsabili cu îngrijirea şi cu activităţile intelectuale, dacă gătesc împreună, fac curăţenie împreună şi împărtăşesc autoritatea într-o manieră de colaborare spontană care se opune stereotipurilor tradiţionale, copilul nu devine confuz sau anxios. Un asemenea parentaj îi permite mai degrabă fetei (sau băiatului) să încorporeze o definiţie a feminităţii (sau masculinităţii) care să sprijine sau să sancţioneze observarea, înţelegerea şi trăirea cu plăcere a unui larg spectru de comportamente, sentimente şi experienţe.

În contrast, să ne gândim la copilul crescut într-o familie în care limitele sine-celălalt dintre părinţi sunt slab menţinute şi în care tatăl şi/sau mama deţine o identitate de gen instabilă sau marcată de conflict. Pentru astfel de copii, care pot dezvolta imagouri materne şi paterne neasimilate, confuze, aderarea părinţilor la roluri masculine-feminine tradiţional definite poate avea un efect clarificator-consolidant. În asemenea familii, conceptele bipolare definite cultural de masculinitate şi feminitate pot fi calmante nu doar pentru copil, ci şi pentru părinţi. Aşa cum observa Kleeman (1976), conştientizarea cognitivă de către părinţi a sexului copilului — „bebeluşul meu e fetiţă“ — organizează şi direcţionează un întreg set de indicatori, recompense şi sancţiuni. Stereotipurile rolurilor de gen simplifică sarcina parentajului prin furnizarea unor reguli şi linii directoare explicite de creştere a copiilor. Acest fapt este esenţial pentru părinţii care sunt ei înşişi lipsiţi de linii directoare interne stabile şi clare.

Implicații cu privire la psihoterapie

Ipoteza că stereotipurile rolurilor de gen au atât o funcție de suport și consolidare pentru anumiți indivizi, cât și consecințe restrictive, inhibitoare, pentru alții, are importante implicații în ce privește tratamentul. Spre exemplu, nu este terapeutică încercarea de a „elibera“ un pacient de stereotipurile culturale referitoare la rolurile de gen dacă acel pacient se bazează pe acestea pentru a întări și a menține un sentiment fragil al identității de gen. Acest fapt este ilustrat de vinieta care urmează.

Exemplu clinic

Când dra A. s-a prezentat la prima ședință de terapie, avea un aspect și o atitudine ultrafeminine, care se caracterizau printr-o marcă de imitație sau „forțare“. Istoricul său dezvăluia o absență frapantă de aspirații așa-zis masculine. Nu trecuse niciodată printr-un stadiu în care să fie băiețoasă și evitase întotdeauna joaca dură sau agresivă. În multe feluri, fusese întotdeauna un model, dacă nu o caricatură a domesticității și feminității.

Dra A. reușise să ducă o existență oarecum stabilă până la momentul la care a început să resimtă presiuni de a deveni mai „eliberată“ din partea subculturii feministe din California și a unui bărbat cu care avea o relație. Pe măsură ce a început să cedeze la aceste presiuni, efectele potențial dezorganizatoare au devenit imediat vizibile. Spre exemplu, cu ocazia unei excursii cu cortul, s-a îmbrăcat în prima sa pereche de blugi și într-un tricou obișnuit și s-a simțit deodată „nefeminină“ și neatrăgătoare, trecându-i prin minte gândul că poate nu era „întru totul femeie“. Ulterior, a observat că, atunci când era îmbrăcată în „haine bărbătești“ (în această categorie includea blugi de damă cu șliț în față), v-orbea „diferit“, mergea „cu pași mai mari“ și începuse să aibă ușoare sentimente episodice de depersonalizare și irealitate. Confruntându-se cu o asemenea

anxietate și confuzie, dra A., în vârstă de 25 de ani, a solicitat o psihoterapie.

Încă de la începuturile tratamentului, care, din motive pragmatice, consta într-o terapie cu o frecvență săptămânală, a devenit evident faptul că dra A. era o persoană sever perturbată, care își menținea fragila identitate sexuală în principal prin intermediul unei stricte conformări la comportamente atribuite sexului său, clar diferențiate de cele atribuite bărbaților. Date fiind limitările practice ale frecvenței tratamentului și naturii foarte precare a funcționării Eului pacientei, am ales o abordare suportivă și am ajutat-o să-și restabilească sentimentul de feminitate pe care, în trecut, reușise să și-l consolideze cu ajutorul strictei aderări și chiar caricaturizări a comportamentelor feminine tradiționale. O parte din această abordare terapeutică a constat în ajutorul activ acordat drei A. pentru a opune rezistență față de presiunile culturale înconjurătoare înspre androginie. Un terapeut feminist rigid ar fi putut eșua în a înțelege efectul de consolidare și sprijin pe care stereotipurile rolurilor de gen îl dețineau pentru această femeie.

Deși severitatea tulburării drei A. este atipică, fenomenul ilustrat de această vinietă este unul răspândit. Spre exemplu, o pacientă nevrotică nu putea să-și asume poziția mai activă de a sta deasupra în timpul raporturilor sexuale pentru că o făcea să simtă că „avea un penis“, o dorință conflictuală în ceea ce-o privea. Un pacient nevrotic nu putea să fie confortabil cu a o lăsa pe soția sa să conducă atâta vreme cât era și el în mașină, pentru că acest lucru îl făcea să se simtă „feminin“. Unele conflicte și anxietăți cu privire la identitatea de gen pot fi ubicue. În măsura în care un anumit individ trăiește asemenea conflicte ori anxietăți, stereotipurile rolurilor de gen sau „regulile jocului“ pot fi de ajutor. Decizia terapeutului de a analiza sau de a sprijini conformarea defensivă la stereotipurile rolurilor de gen ar trebui luată nu pe baza ideologiei personale, ci pe baza evaluării atente a funcției pe care stereotipurile rolurilor de gen o pot servi pentru un anumit individ.

În tratamentul pacienților relativ sănătoși, care și-au construit o identitate de gen stabilă, cea mai comună eroare terapeutică este eșecul de investigare a conformării la stereotipurile rolurilor de gen. Acest lucru are loc frecvent atunci când pacientului pare să-i fie ușor să se conformeze la rolul său definit cultural. Acest fapt este ilustrat în cazul prezentat mai jos.

Exemplu clinic

Dna B., o femeie de 28 de ani aflată în psihoterapie intensivă, l-a anunţat pe terapeutul său că avea să se mute în alt oraş la sfârşitul anului ca urmare a unei promovări profesionale primite de soţul său. Deşi era tristă că trebuia să părăsească psihoterapia, precum şi pe prietenii săi şi munca de profesoară în cadrul unei şcoli Montessori, şi-a exprimat entuziasmul cu privire la provocările pe care le va aduce cu sine mutarea şi mândria stârnită de succesul soţului său. Investigarea iniţială de către terapeut a unor sentimente mai puţin entuziaste pe care le-ar fi putut avea a fost întâmpinată cu o reafirmare a reacţiei sale pozitive faţă de schimbarea anticipată. Sigur că implica pierderi pentru ea, dar acestea erau în cea mai mare parte eclipsate de câştiguri. Mai mult decât atât, dna B. plănuia să aibă în curând copii şi se gândea că ar putea renunţa cu totul la muncă pentru câţiva ani. Transmisese în mod clar că voia să nu se insiste asupra subiectului, aşa că o vreme nu s-a mai reluat discuţia.

Câteva luni mai târziu, când dna B. vorbea despre nişte necazuri şi bucurii de la muncă, terapeutul a făcut încă o dată un comentariu cu privire la faptul că fusese foarte uimit de uşurinţa cu care pacienta îşi considerase serviciul neimportant în raport cu mutarea plănuită şi de vehemenţa cu care încercase să-l convingă că aşa stăteau lucrurile. Apoi acesta a speculat cu privire la motivele pentru care ar putea să-i fie necesar să evite să-şi ia viaţa profesională în serios şi a comentat că îi era dificil să fie în competiţie cu soţul ei sau să-i ceară acestuia să facă sacrificii profesionale pentru ea, deşi ea făcuse anterior acelaşi lucru pentru el. Investigarea întreprinsă de terapeut, care a avut loc în ciuda insistenţei iniţiale a pacientei că nu mai aveau ce să discute asupra acestui subiect, a ajutat-o să înţeleagă tot mai mult anxietăţile nevrotice care stăteau la baza devalorizării muncii sale, pe care o trata ca fiind mai puţin importantă decât a soţului, fiind gata chiar să renunţe cu totul la ea. Perseverarea terapeutului în această direcţie a avut şi semnificative implicaţii în transfer, de vreme ce i-a comunicat pacientei că el îi lua munca în serios. Dacă el ar fi renunţat la subiect, aşa cum fusese mai mult decât invitat de ea, semnificaţia inconştientă pentru pacientă ar fi fost că el, asemenea mamei ei, nu-şi dorea cu adevărat ca ea să devină o persoană împlinită. Dna B. şi soţul său nu s-au mai mutat, iar ea a continuat să avanseze profesional, având acum o poziţie importantă, însoţită de un nivel considerabil de autoritate.

Este posibil ca gestionarea abilă de către acest terapeut a tratamentului dnei B. să constituie mai degrabă excepţia decât regula. Mulţi terapeuţi eşuează în a analiza aspectele defensive şi neadaptative ale alegerilor de viaţă făcute de pacienţii care se conformează la stereotipurile culturale predominante, în mod deosebit când pacientul este aparent mulţumit (de ex., femeia „feminină“ care optează pentru a deveni mamă cu normă întreagă din cauza anxietăţilor nevrotice cu privire la realizări intelectuale, competiţie şi succes). Acesta este un aspect extrem de important în ce le priveşte pe paciente, care se întâmplă atât de des să înceapă tratamentul ascunzând o intensă anxietate şi vinovăţie inconştiente referitoare la recunoaşterea dorinţelor sau aspiraţiilor care nu se înscriu în rolul feminin. Chiar şi terapeuţii care susţin cu tărie străduinţele femeilor către autorealizare pot contribui involuntar la inhibiţiile acestora prin acceptarea sau aprobarea implicită a conformării unei paciente nevrotice la noţiunile definite cultural ale feminităţii.

Se menţine speranţa că specialiştii în sănătate mentală vor continua să-şi reexamineze şi să-şi clarifice gândirea cu privire la stereotipurile rolurilor de gen şi conceptelor bipolare privind masculinitatea şi feminitatea. În vreme ce scrierile feministe radicale sunt uneori naive atunci când condamnă în mod global stereotipurile rolurilor de gen, literatura psihiatrică tradiţională a derapat mai frecvent în direcţia condamnării generale a curentului actual către depolarizarea sexelor. Unele dintre lucrările aparţinând acestei literaturi aduc avertizări cu privire la patologia iminentă în rândul copiilor care nu sunt crescuţi în conformitate cu stereotipurile tradiţionale masculin-feminin şi sugerează că o creştere nesexistă a copiilor va conduce la probleme identitare, la confuzie sexuală şi la crearea unor copii incolori, lipsiţi de afect, „neutri“ (Landman, 1974). Părinţilor li se aplică în mod peiorativ termeni precum estomparea de rol, confuzia de rol şi inversarea de rol, adesea nerealizându-se deosebirea între părinţii sănătoşi, care, din motive adaptative, nu aleg să-şi organizeze vieţile ghidându-se după liniile directoare tradiţionale de masculin-feminin, şi părinţii instabili, care se poate să facă aceeaşi „alegere“ din motive patologice.

Mai mult decât a fi incorecte din punct de vedere teoretic, astfel de scrieri au drept consecinţă şi descurajarea anumitor oameni de la a se adresa serviciilor noastre, făcându-i să se îndrepte spre terapeuţi mai progresişti, care nu se înscriu în tradiţia clasică şi care ar putea fi mai puţini calificaţi profesional. Fără

îndoială că există un puternic curent în această țară direcționat înspre renunțarea la concepte dihotomice de masculinitate și feminitate; multe cupluri tinere de azi aleg să nu trăiască asemenea lui Jack Spratt[14] și nevestei lui. De fapt, un raport elaborat de Grupul pentru Avansul Psihiatriei (GAP) a citat rezultatele unui studiu conform căruia 50 la sută dintre studenți și-au exprimat aderarea la parentaj comun și în raport de egalitate (GAP, 1975). Este limpede că asemenea curente vizează o mai mare egalitate și moduri de relaționare mai funcționale pentru ambele sexe, în ciuda faptului că presiunile în direcția androginiei pot evoca o creștere a anxietății și a confuziei în rândul anumitor indivizi. Poate tocmai pentru că aspectele legate de tema masculinității și feminității produc anxietate și sunt încărcate emoțional se întâmplă ca o parte atât de mare din scrierile noastre cu privire la această temă să nu reușească să satisfacă nici precizia gândirii științifice și nici complexitatea experienței umane.

Referințe bibliografice

Badaracco, M.R. (1974), „Recent trends towards unisex: a panel“, în American Journal of Psychoanalysis, 34: 17–23.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Cooper, L. (1976), „Cotherapy relationship in groups“, în Small Group Behavior, 7: 473–498.

GAP, Committee on the College Student (1975), The Educated Woman: Prospects and Problems, 9 (92), New York: GAP.

Kleeman, J.A. (1976), „Freud’s views on early female sexuality in the light of direct child observation“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 24: 3–27.

Landman, L. (1974), „Recent trends toward unisex: a panel“, în American Journal of Psychoanalysis, 34: 27–31.

Lerner, H.G. (1973), „Women’s liberation“, în Menninger Perspective, 4: 11–13, 20–21. (10)

_____ (1974), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38: 538–553. (6)

Moulton, R. (1973), „The myth of femininity: a panel“, în American Journal of Psychoanalysis, 33: 45–49.

Segal, H. (1967), Introducere în opera kleiniană, București: Editura Fundației Generația, 2016.

Seidenberg, R. (1970), Marriage in Life and Literature, New York: Philosophical Library.

Stoller, R. (1976), „Primary femininity“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 24: 59–78.

---

[13] Acest capitol a fost prezentat în 1977 în cadrul celei de-a 130-a întruniri a Asociației Americane de Psihiatrie de la Toronto, Ontario, Canada, care s-a desfășurat între 2 și 6 mai. A fost publicat inițial în 1978 cu titlul „Aspecte adaptative și patogene ale stereotipurilor rolurilor de gen: implicații cu privire la parentaj și psihoterapie“ în American Journal of Psychiatry, 1(135): 48–52.

[14] Personaj din poeziile și cântecele de leagăn în limba engleză pentru copii, cunoscut în literatură încă din secolul al XVII-lea. Cea mai cunoscută zicală modernă bazată pe acest personaj spune că „Jack Spratt nu pune grăsime pe masă, nevasta lui vrea numai carne grasă, dar împreună farfuria goală-o lasă“. (N.t.)

Capitolul 6

Fete, doamne sau femei? Dinamica inconștientă a alegerilor de limbaj

Recent, la o conferință cu prezentări de cazuri, un coleg a făcut un act ratat și s-a referit la un pacient de 33 de ani spunând „băiat“.[15] Acest act ratat a fost considerat semnificativ și a condus la o discuție de grup productivă cu privire la imaturitatea, dependența și lipsa generală de caracteristici adulte masculine ale acestui pacient. Într-o cultură în care separăm clar bărbații de băieți, nu este câtuși de puțin surprinzător că această distincție lingvistică devine una importantă. Băieții învață de timpuriu să aștepte cu nerăbdare să devină bărbați, iar încurajarea „Comportă-te ca un bărbat!“ implică faptul că individul ar trebui să aspire la putere, independență, maturitate, curaj și integritate. Pentru bărbați, este evident că diferențele de limbaj reflectă diferențele în termenii experienței de sine și ai experienței în raport cu ceilalți. (Să ne gândim, spre exemplu, la diferența dintre un „băiat de culoare“ și un „bărbat negru“.) Dicționarul Random House al limbii engleze precizează că, atunci când se referă la un adult tânăr, cuvântul băiat sugerează că persoana respectivă este lipsită de maturitate și putere de judecată sau este considerată inferioară de către vorbitor.

În contexte clinice, se face adesea referire la paciente ca fete, indiferent dacă au 13 sau 30 de ani. Mai mult decât atât, am observat că, atunci când le aduc în vedere colegilor faptul că descriu toate membrele sexului feminin ca „fete“, mulți dintre aceștia vor trece la utilizarea termenilor fetișcană sau doamnă (în funcție de vârsta persoanei), dar evită asiduu cuvântul femeie. Întrucât folosirea preferențială fie a termenului de fată, fie a celui de doamnă constituie un fenomen omniprezent în cadrul acestei culturi, distincția lingvistică este adesea considerată a nu reprezenta nimic mai mult decât un simplu obicei cultural, lipsit de vreo relevanță psihologică particulară. Alegerile de limbaj reflectă însă premisele inconștiente ale individului, iar în ce-i privește pe specialiștii în sănătate mentală, este imperativ ca aceste premise să fie remarcate, puse în discuție și înțelese. Sarcina acestui capitol este de a examina premisele subiacente utilizării preferențiale a termenilor fată și doamnă, de a explora motivele din spatele stabilirii și menținerii acestei alegeri de limbaj și de a discuta despre semnificația pe care ar putea-o avea în tratarea pacienților.

Femeie drept cuvânt vulgar

Deşi ar putea părea la prima vedere că femeie, doamnă şi fată sunt termeni interşanjabili — alegerea de cuvinte a individului reflectând obişnuinţa, şi nu atitudinea —, oamenii într-adevăr ştiu (cel puţin inconştient) că numai termenul femeie are implicaţii sexuale şi agresive, precum şi conotaţii referitoare la funcţionarea reproducătoare. Spre exemplu, se poate vedea prin completarea următoarelor fraze că aceşti termeni nu sunt aproape deloc interşanjabili.

• Îi era teamă că în urma histerectomiei nu va mai putea să se simtă ca o _____ adevărată.

• Jane e drăguţă, blândă şi modestă. E cu adevărat o _____ .

• Atunci când Sue a început să aibă menstruaţie, a ştiut că e pe cale să devină _____ .

• De ce tot timpul te cerţi şi te răstești? Nu poţi să te comporţi ca o _____ ?

• Se simţea plină de pasiune cu el; o făcea să se simtă foarte mult _____ .

Aşa cum au observat lingviştii, termenul doamnă funcţionează ca eufemism, prin faptul că elimină implicaţiile sexuale şi cu referire la reproducere inerente cuvântului femeie (Lakoff, 1974). Frica resimţită în mod comun de ambele sexe cu privire la organele genitale feminine şi capacităţile de reproducere constituie o temă familiară în literatura psihanalitică (Lederer, 1968, p. 153), iar termenul doamnă este, spre liniştea tuturor, unul „curat“ şi asexual. În mod similar, doamnă are conotaţia unei absenţe a impulsurilor agresive ale sexului feminin. Doamnele nu se luptă cu puternice dorinţe ostile şi distructive sau cel puţin nu le exprimă într-o manieră ameninţătoare (adică nepotrivită pentru o doamnă).

Termenul fată nu doar că servește la evitarea unor anumite conotații anxiogene inerente cuvântului femeie în termenii agresivității, sexualității și reproducerii; servește și la transmiterea unei nuanțe de frivolitate și lipsă de seriozitate în raport cu aspirațiile intelectuale, de ambiție și de competiție pe care le-ar putea deține femeile. Într-o cultură în care este considerat castrator sau nefeminin ca femeile să dezvolte un stil intelectual viguros, critic și competitiv, nu este surprinzător că femei tinere realizate sunt numite fete. Fată, ca și băiat, este un termen care elimină orice implicații referitoare la statut, autoritate și reală seriozitate a unui obiectiv. (Spre exemplu, ar fi foarte greu să ne imaginăm că am vorbi despre o fată sau un băiat care candidează la o funcție guvernamentală ori o fată sau un băiat care a câștigat Premiul Nobel.) În mod similar, termenul doamnă transmite și el o nuanță de frivolitate și superficialitate năzuințelor și realizărilor femeilor. Lingviștii au comentat că termeni precum doamnă inginer[16] și doamnă doctor par să minimizeze o parte din anxietatea asociată cu femeile puternice și de succes, angajate în demersuri competitive considerate în mod tradițional masculine (Hage, 1972). O excepție de la aceste preferințe lingvistice are loc în timpuri de război, atunci când vorbim de bărbații plecați pe front numindu-i băieți (de ex. „băieții din Vietnam“). La fel ca în cazul termenului fată, utilizarea în acest context a cuvântului cu sens diminutiv băiat poate reflecta o încercare inconștientă de a nega sau minimiza distructivitatea și sadismul (în acest caz mai degrabă real decât fantasmat) asociate cu bărbații aflați în război.

Limbajul ca reflexie a presiunilor rolurilor de gen

Utilizarea preferențială a termenului fată sau doamnă reflectă noțiunile noastre curente cu privire la feminitate și la atractivitatea femeilor. Acestea sunt într-adevăr încurajate să rămână fete și să se comporte ca niște doamne. Este relevantă literatura din ce în ce mai cuprinzătoare ce consemnează intensele presiuni făcute asupra femeilor de a-și inhiba exprimarea directă și deschisă a impulsurilor sexuale și agresive; de a renunța la aspirații semnificative intelectuale, de ambiție și de competiție; și de a dezvolta caracteristici adorabile, copilăroase și de dependență, precum și virtuți „potrivite pentru o doamnă“, ca de exemplu modestia, sacrificiul de sine și punerea în serviciul altora (Symonds, 1971–1972; Lerner, 1974b).

Faptul că bărbații nu sunt numiți „băieți“ (cu excepția cazului în care se sugerează un scop frivol, precum în „a ieși cu băieții“) și că sunt mai rar numiți „domni“ reflectă tocmai diferența cu privire la presiunile și așteptările culturale de la sexul din care fac aceștia parte. În vreme ce femeile au fost încurajate să-și inhibe sexualitatea (ca de exemplu prin glorificarea naivității sau a virginității), bărbații sunt încurajați să-și manifeste în mod deschis capacitățile sexuale (de aici diferența dintre o femeie ușoară sau promiscuă și un bărbat cu experiență). În vreme ce femeile sunt încurajate să mențină pacea, bărbații sunt învățați că duritatea și disponibilitatea de a lupta pentru credințele lor le sporesc nivelul de atractivitate masculină. În vreme ce femeile sunt încurajate să „lase bărbatul să câștige“ sau să „facă pe proasta“, bărbații sunt învățați că abilitățile intelectuale și valoarea obiectivelor alese le îmbogățesc masculinitatea. În vreme ce trăsăturile de fetiță sunt în genere considerate drăgălașe și atrăgătoare la femei, caracteristicile infantile sunt considerate nemasculine sau efeminate la bărbați. În concluzie, ne este confortabil termenul bărbat pentru că așteptarea culturală este ca băieții să devină bărbați — o așteptare care deseori implică presiuni regretabile de renunțare la expresiile sănătoase ale fricii, emoționalității și nevoilor de dependență. Evitarea termenului femeie reflectă așteptarea culturală ca femeile să mențină o experiență de sine de a fi fete sau doamne și să se comporte în consecință. Presiunea ține aici de inhibarea năzuințelor sănătoase de agresivitate, independență și afirmare de sine și de renunțarea la orice trăsături

sau aspecte care ar putea fi interpretate ca fiind o manifestare a controlului, a dominării sau în orice alt fel amenințătoare la adresa celorlalți.[17]

Limbajul ca reflexie a presiunilor intrapsihice

Utilizarea preferențială a termenilor fată și doamnă nu reflectă numai valorile și așteptările culturale, ci și presiunile intrapsihice. Au relevanță aici scrierile care sugerează că presiunile făcute asupra femeilor adulte de a rămâne fete (adică de a cultiva trăsături de drăgălășenie, infantilism, dependență) și de a se comporta ca niște doamne (adică de a adera la valori ce țin de rafinament, decență, curățenie, control al impulsurilor și conformism în raport cu normele sociale) reflectă afectele și anxietățile profund înrădăcinate, împărtășite de ambele sexe, cu privire la funcția biologică a femeilor și potențialul distructiv fantasmat al acestora (Lederer, 1968; Lerner, 1974a).

Există o cantitate impresionantă de dovezi psihologice și antropologice cu privire la anxietatea și teroarea (precum și invidia și idealizarea) față de funcțiile reproducătoare ale femeilor (adică menstruație, naștere, lactație) în culturi din toată lumea (Lederer, 1968). În mod similar, frica de vaginul castrator este una familiară în cadrul literaturii psihanalitice și sunt de acord cu autorii care au subliniat faptul că, în mod frecvent, mama este cea temută drept castratoare, și nu tatăl (Rheingold, 1964; Lederer, 1968). Acest capitol nu-și propune să descopere originile pe care le are frica de femei, și anume dacă frica de femeia castratoare și distructivă are la bază realități anatomice (adică bărbatul are un penis pe care se teme că l-ar putea pierde, femeia are un vagin care înconjoară, capturează și amenință inconștient că va castra penisul) sau dacă ea derivă din experiența timpurie a copilului cu suveranitatea maternă (Lerner, 1974). Ceea ce este important este faptul că frica de femei reprezintă o dinamică puternică, dacă nu chiar universală, împărtășită de ambele sexe — într-o asemenea măsură încât strategiile feminine comune de a lăsa bărbatul să câștige, de a disimula că el este șeful și de a renunța la abilitățile proprii ce vizează aspirații așa-zis masculine se află toate în serviciul „protejării masculinității bărbatului“ —, și anume a minimizării propriului potențial castrator și fantasmat ca distructiv. În special acele femei cărora le este dificil să-și integreze cu succes și să-și moduleze impulsurile agresive sunt cele care au nevoie să se considere pe sine sexul mai slab și să mențină o experiență de sine ca doamne sau „fete“ multă vreme după ce au devenit ele însele mame. Cu siguranță că doamnele și fetele nu au de ce să

fie temute; ele au nevoie doar să fie protejate.

Implicații cu privire la tratament

Cuvântul femeie este unul atât de obișnuit în vocabularul nostru, încât la prima vedere ar putea părea absurdă sugestia că acest termen este asociat cu o anxietate inconștientă referitoare la reproducerea, sexualitatea, agresivitatea și „distructivitatea“ femeilor adulte. Pe de altă parte, evitarea acestui termen generic atunci când cadrul nu o cere în mod specific este frapantă. Spre exemplu, în contexte clinice, aud adesea distincția făcută între bărbații și doamnele aflate în tratament de grup; iar în conferințele dedicate cazurilor individuale, pacientele cu vârste între 20 și 40 de ani sunt numai ocazional numite femei. Așadar, ne-am putea întreba dacă utilizarea preferențială a cuvintelor fată sau doamnă nu reflectă atitudini inconștiente ale specialistului (are acesta nevoie sau își dorește, fie că aparține sexului masculin sau feminin, să perceapă femeile ca doamne/fete) și, mai mult decât atât, dacă limbajul nu perpetuează astfel de atitudini.

Spre exemplu, atunci când, în timpul unui interviu clinic, specialistul întreabă o femeie cum relaționează cu bărbații, iar apoi o întreabă cum relaționează cu „alte doamne“, nu se transmite inconștient mesajul că pacienta ar trebui să se comporte ca o doamnă? Mai ales în cazul în care o pacientă se confruntă cu o dificultate specifică în privința exprimării directe și a recunoașterii vieții impulsive agresive și sexuale, termenul doamnă, atunci când înlocuiește termenul generic femeie în vocabularul terapeutului, poate întări anxietatea referitoare la aspectele „rele“, distructive sau „murdare“ ale experienței de sine a respectivei paciente. În mod similar, dacă o tânără femeie este marcată de profunde conflicte cu privire la aspirațiile sale intelectuale, de ambiție și de competiție și are o nevoie defensivă de a nu se lua în serios în cadrul acestor paliere, a o numi fată exacerbează vinovăția legată de realizări semnificative și de asumarea autorității.

Folosirea preferențială de către un pacient a termenului de fată sau a celui de doamnă atunci când se referă la o terapeută are, de asemenea, implicații transferențiale care pot fi abordate explicit și înțelese. Spre exemplu, o pacientă, care, în etapa de început a tratamentului, mă numise fată, a ajuns să înțeleagă

acest calificativ drept o expresie a suspiciunii sale că eram prea tânără şi lipsită de experienţă pentru a-i putea fi de vreun ajutor. Un alt pacient, un bărbat mai în vârstă, utiliza invariabil cuvântul doamnă atunci când făcea referire la sexul feminin, incluzându-mă şi pe mine. Explorarea disconfortului pe care i-l producea termenul femeie ne-a condus la dezvăluirea unor aspecte ale lipsei sale generale de încredere în femei şi ale nevoii sale aferente de a menţine distanţa între noi.

Cu toate acestea, cu siguranţă că nu alegerile de limbaj constituie problema principală, ci atitudinile inconştiente care se află la baza acestor alegeri. Intensele presiuni culturale şi intrapsihice făcute asupra femeilor de a menţine o experienţă de sine ca fete sau ca doamne au fost recunoscute pe scară largă. Şi noi, ca psihoterapeuţi, ar trebui să luăm în serios acuzaţia care ni se aduce, că adesea întărim aceste presiuni în loc de a le ajuta pe femei să le depăşească (Chesler, 1972). Faptul că noi, ca specialişti în sănătate mentală, chiar percepem pacientele adulte ca pe nişte fete sau doamne sugerează că într-adevăr am încorporat în gândirea noastră definiţii culturale ale feminităţii (ce implică un caracter copilăresc, dependenţă, conformism, puritate, delicateţe, absenţa agresivităţii, absenţa spiritului de competiţie etc.). Atunci când nu vom mai avea o nevoie defensivă de a vedea femeile în termeni restrictivi, neamenințători sau minimizatori, limbajul nostru se va transforma de la sine.

Referințe bibliografice

Chesler, P. (1972), Women and Madness, New York: Doubleday.

Hage, D. (1972), „There's glory for you", în Aphra, 3: 2–14.

Lakoff, R. (1974), „You are what you say", în Ms. Magazine, 3: 65–68.

Lederer, W. (1968), The Fear of Women, New York: Grune & Stratton.

Lerner, H.G. (1974a), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex role stereotypes", în Bulletin of the Menninger Clinic, 38: 538–553.

_____ (1974b), „The hysterical personality: a «woman's disease»", în Comprehensive Psychiatry, 15 (2): 157–164.

Random House Dictionary of the English Language (1967), New York: Random House.

Rheingold, J.C. (1972), The Fear of Being a Woman, New York: Grune & Stratton.

Symonds, A. (1971–1972), „Discussion of Ruth Moulton's paper: psychoanalytic reflections on women's liberation", în Contemporary Psychoanalysis 8: 224–228.

---

[15] Acest capitol a fost publicat inițial în 1976 în Comprehensive Psychiatry, 17 (2): 295–299.

[16] Autoarea dă ca exemplu expresia „lady scientist", intraductibilă în română, echivalentul lui „scientist" fiind „om de știință". Menținând ideea, s-a exemplificat cu „doamnă inginer", termen uzitat în limba română. (N.t.)

[17] Faptul că feministele sunt numite „liberatoarele femeilor“ („women’s libbers“, termen care prescurtează și „îndulcește“ termenul inițial, „liberators“ — N.t.), iar că mișcarea feministă este descrisă ca „liberarea femeilor“ („Women’s Lib“) constituie un alt exemplu de limbaj care reflectă anxietatea inconștientă cu privire la agresivitatea și puterea femeilor. Nicio altă mișcare de eliberare din istoria lumii nu a primit în mod similar o poreclă „drăgălașă“, care să-i submineze astfel spiritul și valoarea obiectivelor. (Nu prea ne-am putea imagina utilizarea unor termeni diminutivi ori drăgălași pentru a face referire la Mișcarea de Eliberare a Negrilor, la Frontul de Eliberare Națională, la Armata de Eliberare Simbioneză etc.)

Capitolul 7

Personalitatea isterică

Este larg răspândită cunoașterea faptului că diagnosticul de isterie este rareori aplicat pacienților și foarte frecvent aplicat pacientelor.[18] O lucrare semnată de Robins și de colegii săi (1952) sugerează că isteria este extrem de rară, dacă nu chiar niciodată întâlnită la bărbați, și că există un acord general cu privire la faptul că un diagnostic inițial de isterie la bărbați constituie oarecum o anomalie clinică (Berger, 1971). Ar trebui menționat că simptomele grave de isterie (ex., reacții de conversie, fenomene disociative) au fost observate la pacienți bărbați, dar că aceşti indivizi tind să nu manifeste tipul de organizare cognitivă și de personalitate caracteristic individului isteric (Chodoff și Lyons, 1958). Pacientul bărbat reprezintă o raritate în mod deosebit în termenii personalității, caracterului sau „stilului“ isteric, acesta fiind sensul în care se va utiliza termenul de isterie în cadrul acestui capitol.

În ce privește preponderența femeilor isterice, teoreticienii în psihanaliză au acordat în mod principal atenție diferențelor între sarcinile de dezvoltare preoedipiene și oedipiene care trebuie parcurse de cele două sexe (Zetzel, 1968). Cu toate acestea, opinia mea este că teoriile cu privire la dezvoltarea libidinală oferă numai o explicație parțială a diferenței dintre sexe în cazul isteriei și că un rol major este jucat de factorii sociali și culturali. Deși importanța unor asemenea factori extrapsihici nu a fost întru totul recunoscută, ei nici nu au fost complet ignorați. Spre exemplu, Marmor (1953) a afirmat că trăsăturile caracteristice personalității isterice sunt feminine și deci mai acceptabile la femei decât la bărbați. Chodoff și Lyons (1958, p. 739) au comentat că personalitatea isterică „este un portret al femeilor schițat în cuvintele bărbaților și […] descrierea care reiese creează senzația unei caricaturi a feminității!“. Dar dincolo de a semnala faptul că noțiunea de isterie implică o descriere a caracteristicilor feminine tradiționale, semnificația teoretică și diagnostică a acestei observații nu a fost explorată.

Acest capitol va începe prin reexaminarea indicatorilor diagnostici și a caracteristicilor comportamentale ale acestui grup de paciente, pentru a evidenția cu o oarecare precizie criteriile care vor conduce la un diagnostic de personalitate isterică. Apoi se va arăta cum mediul social direct al unei fete pune

enorme presiuni asupra ei pentru a dezvolta un stil cognitiv și de personalitate care se va preta la primirea acestui diagnostic pe baza bateriilor de teste diagnostice sau a interviului de evaluare diagnostică. În această privinţă, se va observa cum efectele de constrângere a Eului pe care le are procesul de socializare feminină pot fi cu prea mare ușurință confundate cu efectele refulării masive. În final, vor fi evidențiate anumite interconexiuni conceptuale problematice care au rezultat în urma suprapunerii caracterului isteric și al caracterului feminin.

Indicatori diagnostici ai isteriei

Deşi testele psihologice şi interviurile de evaluare diagnostice ne pot pune la dispoziție informații cu privire la natura dezvoltării psihosexuale, nevrozele sunt diagnosticate în primul rând în funcţie de mecanismele de apărare şi de stilurile de adaptare caracteristice (Rappaport, Gill şi Schafer, 1968). Diagnosticul de isterie este adesea dedus în urma observării unei utilizări excesive a refulării, existând doar o preocupare secundară pentru reconstrucția ipotetică a destinului complexului lui Oedip şi a interrelaționării dintre diversele pulsiuni (Schafer, 1954; Rappaport, Gill şi Schafer, 1968). De vreme ce un stil defensiv bazat pe refulare are efecte clar definite asupra cogniției şi personalității, evaluarea diagnostică a isteriei nu ar trebui să prezinte mari probleme. Aşa cum indică Shapiro (1965, p. 108): „În accepția noastră actuală despre acţiunea variatelor nevroze […] tabloul nevrozei isterice este relativ clar conturat […] şi, printre tipurile de nevroze, niciunul nu a fost mai sigur sau evident asociat cu operarea unui anumit mecanism de apărare decât a fost asociată isteria cu refularea“.

În ce priveşte indicatorii testelor diagnostice ale isteriei, Schafer a făcut următoarele afirmaţii rezumative:

Acest termen diagnostic [isteria] se referă la acele persoane care apelează într-un mod rigid şi cuprinzător la apărarea prin refulare, în eforturile de a face faţă propriilor impulsuri, precum şi cerinţelor venite din partea lumii cu privire la acestea. Sprijinirea excesivă pe această defensă pare să îngreuneze dezvoltarea unor interese vast intelectuale, culturale să producă un deficit al capacităţii de gândire independentă şi creativă şi să creeze terenul pentru o severă labilitate emoţională şi naivitate. Una sau alta dintre aceste caracteristici va impregna o mare parte a proceselor de gândire vizate de itemii testelor. (1948, p. 32)

Shapiro oferă un exemplu de tip de răspuns isteric la Testul Rorschach:

Acolo unde persoana compulsivă ar putea să enumere şi să organizeze în mod activ relaţii dintre varietăţi de specimene botanice sau marine, persoana isterică spune: „Un buchet minunat“ sau „E Parisul! […] aşa cum arată în posterele French Line“. (1965, p. 112)

Se presupune că, drept consecinţă a sprijinirii pervazive pe refulare, stilul cognitiv al persoanei isterice este unul considerabil neintelectual, caracterizat de o absenţă a interesului faţă de realizări, productivitate şi dobândirea de competenţe intelectuale (Schafer, 1948; Shapiro, 1965/2009). Există un nivel foarte scăzut de investiţii în idei abstracte şi complexe, un dezinteres marcat de superficialitate faţă de informaţii factuale şi tehnice, precum şi o incapacitate de a susţine performanţa şi eficacitatea în cazul sarcinilor care necesită aceste abilităţi. Gândirea independentă şi critică este deficitară, iar modul cognitiv general este difuz, global şi nediferenţiat. Tendinţa de a face presupuneri şi intuiţia pot substitui gândirea activă, depunerea unor eforturi de gândire şi concentrarea. Întrucât activitatea şi dobândirea de competenţe intelectuale sunt permanent evitate, gândirea asociată cu isteria a fost descrisă ca naivă, egocentrică, nereflexivă, încărcată de afect şi marcată de clişee.

În contrast cu lipsa lor de înţelegere tehnic-factuală a lumii, persoanele isterice prezintă un înalt nivel de implicare în relaţiile interpersonale, precum şi o implicare directă şi activă în lumea umană (Easser şi Lesser, 1965; Shapiro, 1965/2009). Nu este neobişnuit ca aceste persoane să aibă rezultate superioare la o sarcină ce vizează judecata socială din cadrul testului de inteligenţă Wechsler sau să demonstreze o excelentă înţelegere a comportamentului social convenţional şi adecvat. În mod similar, persoanele isterice sunt adesea companioni sociali foarte vii şi se fac cu uşurinţă plăcute, iar descrierile de personalitate ale acestora adesea includ adjective precum tonică, veselă, plină de viaţă, spirituală şi feminină (Easser şi Lesser, 1965).

În acelaşi timp, se observă un comportament dependent, solicitant şi o preocupare crescută pentru primirea aprobării, admiraţiei şi atenţiei celorlalţi (Easser şi Lesser, 1965). Se remarcă frecvent un comportament axat pe flirt şi

seducţie, adesea asociat cu plângeri ce privesc frigiditatea. Deşi Freud (1931) nu a conceptualizat o personalitate isterică, a sugerat totuşi că tipul „erotic“ de persoană, extrem de preocupată de a iubi şi a fi iubită, este predispus la dezvoltarea isteriei. Ar trebui menţionat faptul că romantismul asociat cu isteria, deşi pervaziv, este, de asemenea, lipsit de profunzime, superficial. Shapiro (1965/2009) a descris perspectiva asupra vieţii bazată pe aşteptarea că Făt-Frumos va veni şi totul va fi bine, caracteristică acestor persoane, iar romantismul lor naiv devine frecvent vizibil în răspunsurile oferite la Testul de Apercepţie Tematică (TAT).

Labilitatea emoţională este un termen omniprezent în descrierile făcute persoanelor isterice, reflectând incapacitatea acestora de a-şi modula adecvat experienţa afectivă, precum şi o tendinţă aparţinând stilului caracterial de a utiliza mai degrabă sentimentele decât gândirea în confruntarea cu crizele şi conflictele (Schafer, 1954; Shapiro, 1965/2009). În concordanţă cu o abordare a vieţii emoţionale şi oarecum impulsive, merită menţionate caracteristicile copilăroase. Easser şi Lesser (1965) au descris trăsăturile de fetiţă regăsite în rândul unui grup de paciente isterice şi au semnalat faptul că familiile lor le considerau pe aceste femei copilăroase, dependente, drăgălaşe şi uşor de iubit; una dintre paciente şi-a menţinut porecla Baby („bebeluş“) până la căsătorie. În ce priveşte testarea diagnostică, Schafer (1954) a menţionat faptul că trăsăturile copilăroase ale persoanelor isterice le fac să pară „copilaşi rătăciţi în pădure“ sau „iepuraşi“.

Caracterul isteric versus caracterul feminin

Pe vremea când predam un seminar postuniversitar pe tema testării diagnostice, un student a reacţionat la rezumatul de mai sus protestând confuz: „Dar nu descrieţi o nevroză — descrieţi pur şi simplu o femeie!“ Este, ce-i drept, destul de adevărată observaţia că indicatorii diagnostici ai isteriei se află într-o foarte mare concordanţă cu prezentarea în mass-media a sexului feminin. Suntem cu toţii familiarizaţi cu stereotipul femeii care chicoteşte şi roşeşte, cu capul plin de romantism hollywoodian şi mondenităţi, dezinteresată de probleme intelectuale tehnice sau abstracte, care preferă presupunerile şi intuiţia în schimbul eforturilor de concentrare, copilăroasă şi dependentă în prezenţa bărbaţilor, cu un comportament impulsiv şi influenţat de emoţii. De fapt, mulţi dintre indicatorii diagnostici ai isteriei sunt legaţi de aspecte esenţiale ale feminităţii şi ale atractivităţii feminine.

Am putea specula că sexul feminin suferă în masă de o personalitate isterică şi că mass-media nu face altceva decât să portretizeze adevărata natură a femeii. Chiar dacă ar fi aşa, s-ar crea un cerc vicios pornind de la faptul că modelele de rol pentru fetiţe sunt aproape în mod exclusiv isterice. (Spre exemplu, nu-mi pot aminti vreun serial de televiziune în care un grup de femei se lupta din greu să rezolve o problemă tehnică sau ştiinţifică, în timp ce bărbaţii se preocupau cu trivialităţi sociale.) Dar problema nu ţine numai de modelele de rol, întrucât, dacă examinăm noţiunile de masculinitate şi feminitate prezente în plan social, descoperim că presiunile puse asupra femeilor de a adopta un stil isteric sunt intense şi permanente de-a lungul vieţii. Aş dori să examinez acest punct mai în detaliu.

Se consideră în general că o femeie ar trebui să atingă un adevărat sentiment de împlinire (şi de identitate) prin statutul de soţie şi de mamă (Chesler, 1972). Încă din copilăria mică, fetiţa este instruită să-şi investească principalele resurse în scopul pregătirii pentru aceste roluri, iar sarcina de a învăţa să devină atrăgătoare pentru bărbaţi, cu speranţa de a-şi găsi în cele din urmă un soţ, adesea devine una profund consumatoare. Nu avem mari îndoieli că o asemenea stare a lucrurilor poate conduce înspre dezvoltarea unei bune judecăţi sociale şi a unei

înalte sensibilităţi în privinţa mulţumirii (precum şi a manipulării) celorlalţi. Limbajul colocvial care sugerează că femeile îşi prind, agaţă sau pescuiesc bărbaţii exprimă noţiunea că abilităţile sociale înalt dezvoltate constituie o achiziţie importantă pentru acestea. Este cât se poate de adevărată afirmaţia lui Firestone că „o conversaţie telefonică de o oră despre bărbaţi a unei studente dovedeşte o inteligenţă mai sclipitoare decât cei patru ani de studiu la facultate ai aceleiaşi studente“ (Firestone, 1970, p. 21).

Dar în vreme ce cultivarea atractivităţii femeii conduce la dezvoltarea abilităţilor sociale, aceasta se dovedeşte nefavorabilă dezvoltării intelectuale. Femeile sunt învăţate în varii maniere că un stil intelectual independent şi competent este neatrăgător, iar femeile care dezvoltă un intelect agresiv şi analitic sunt adesea considerate castratoare sau masculine. Din ce în ce mai multe scrieri consemnează înăbuşirea nemiloasă a inteligenţei creative a fetiţei, pe măsură ce aceasta învaţă să fie feminină şi atrăgătoare pentru bărbaţi (Lynn, 1972; Lerner, 1973). De vreme ce feminitatea se bazează pe un model de docilitate şi dependenţă intelectuală, nu este surprinzător faptul că femeile tind să dezvolte ceea ce pare a fi un mod de cogniţie isteric. Este poate mai surprinzător faptul că unele femei scapă de această soartă.

În această privinţă, o examinare a literaturii populare pentru adolescente este deosebit de revelatoare. Am examinat o vastă selecţie de cărţi şi reviste pentru adolescente axate pe subiecte legate de feminitate şi popularitate, din care reiese clar că fetele sunt încurajate să adopte un mod de personalitate şi un intelect în concordanţă cu caracteristicile isterice descrise anterior. Tema recurentă în cadrul acestei literaturi este că fetele trebuie să fie îndeajuns de inteligente ca să prindă un bărbat, dar niciodată să nu se arate mai inteligente decât acesta, sau, în cuvintele lui Arlene Dahl (1965), în cartea sa Always Ask a Man (Întotdeauna întreabă un bărbat), o femeie trebuie să „nu-şi lase niciodată competenţele să intre în competiţie cu feminitatea“. Tinerele femei sunt încurajate să fie docile intelectual şi să-şi cultive trăsăturile copilăroase, dependente şi abilităţile sociale şi de manipulare. În multe feluri, „caracterul feminin“ şi „caracterul isteric“ sunt sinonime. Este relevant aici un comentariu făcut de Kreps asupra rolului tradiţional al femeii:

Este îndemnată să joace rolul Cenuşăresei, aşteptând ca un Făt-Frumos să-i aducă bogăţie şi fericire, şi nu să se aventureze în lume de una singură. Fii

frumoasă, plăcută, folosește apă de gură și deodorant, nu avea niciodată un gând intelectual și Făt-Frumos te va lua și te va duce în castelul lui, unde veți trăi fericiți până la adânci bătrâneți. (1970, p. 8)

În contrast, calitățile prețuite în cazul masculinității nu se înscriu în tabloul isteric. Pentru bărbați, realizările intelectuale, performanța, eficiența și asertivitatea sunt valori importante, iar interesul față de probleme abstracte și tehnice este încurajat. Eroii sexului masculin explorează spațiul cosmic, vindecă maladii, creează capodopere, construind, modelând și distrugând în mod activ lumea înconjurătoare. Băieții sunt încurajați înspre logică (și nu intuiție), pragmatism (și nu romantism), un intelect agresiv și puternic (și nu pasiv și conformist), încredere în sine (și nu dependență și atitudine copilăroasă) și intelectualitate (și nu emoționalitate). Sensibilitatea interpersonală nu este considerată o prioritate în rândul bărbaților, iar o anumită măsură de brutalitate socială, vizare a interesului propriu și duritate pot fi considerate atrăgătoare.

Așadar, pare că indicatorii diagnostici ai caracterului isteric așa cum sunt aceștia conceptualizați în prezent definesc un tip de cogniție și personalitate care se opune într-un mod cât se poate de evident noțiunilor tradiționale de masculinitate. Dacă un bărbat ar începe să dezvolte un stil isteric, va fi descurajat să-l exprime. Noțiunile noastre curente privind atractivitatea masculină nu permit expresii de atitudine copilăroasă, naivitate, teamă, dependență, incapacitate intelectuală sau înțelepciune emoțională (și nu intelectuală). Din acest motiv, un diagnostic de isterie implică pentru un bărbat dificultăți foarte mari în termenii identificării sexuale. Acest lucru a fost întru totul confirmat de literatura clinică (Chodoff și Lyons, 1958; Berger, 1971).

Personalitatea isterică: refulare sau presiune de rol

Se poate considera că literatura dedicată personalității isterice abundă de contradicţii mai mult decât oricare alta (Easser şi Lesser, 1965), iar confuzia suprapunerii feminității cu isteria a avut cu siguranţă o mare contribuţie la această stare a lucrurilor. În primul rând, a fost prea repede îmbrățișată presupunerea că stilul de personalitate şi de cogniţie descris anterior rezultă în urma sprijinirii defensive pe refulare, împotriva posibilei conştientizări sau exprimări a impulsurilor instinctuale şi a derivatelor acestora. Sugerez totuşi că aceiaşi indicatori diagnostici pot, de fapt, să reflecte un istoric de viață de reprimare (mai degrabă decât de refulare) a abilităților intelectuale şi de adoptare a unui stil de personalitate care s-a dovedit a fi cel mai de succes în situațiile sociale. Anumite femei ar putea într-adevăr să resimtă ca anxiogenă renunţarea la un stil de interacţiune seductiv, copilăros, sexualizat, asumându-şi, în schimb, unul critic, independent şi intelectual, deci „falic“. Anxietatea lor ar putea însă să fie legată de un lung proces de socializare cu privire la ce este considerat a fi un comportament feminin acceptabil şi dezirabil. Atunci când diagnosticul de isterie reflectă efectul presiunilor de rol asupra femeilor, persoanele catalogate astfel vor alcătui un grup cât se poate de eterogen, întrucât un stil feminin exagerat se poate asocia unor varii tipuri şi niveluri de patologie. Nu este deci surprinzător că există multe descrieri clinice de femei care inițial „par isterice“ şi mai târziu se dovedesc a suferi de tulburări emoţionale mult mai severe (Easser şi Lesser, 1965; Zetzel, 1968).

De asemenea, am oarecare îndoieli cu privire la ideea larg răspândită că femeile se folosesc într-o mai mare măsură de refulare decât bărbații. Mai curând, o teorie adiţională sugerează că socializarea femeilor conduce la un stil de personalitate şi cogniţie care, în termenii consecinţelor sale observabile, este similar cu efectul refulării. Un aspect legat de acest fapt şi de o considerabilă importanţă este că bărbații care într-adevăr utilizează un stil defensiv bazat pe refulare vor tinde să nu fie diagnosticați ca isterici, întrucât stereotipul nostru curent legat de caracterul isteric se opune într-un mod extrem de puternic procesului de socializare a bărbaților şi comportamentului masculin acceptabil. Este semnificativă afirmația lui Berger (1971) conform căreia „declarația că

isteria se poate regăsi la bărbaţi pare a constitui o încercare de a părea obiectivi. Ni se creează impresia că un bărbat isteric este unul care «se comportă ca o femeie»“ (p. 279).

Curente recente în diagnostic

Curentele recente în ce privește diagnosticarea personalității isterice au avut un efect sever de înrăutățire a problemelor puse de suprapunerea caracterului feminin cu caracterul isteric. Anumiți diagnosticieni sugerează că, în cazul acestei tulburări de personalitate în mod special, ar trebui să ne îndepărtăm de psihodinamică și de speculațiile etiologice și să ne limităm la manifestările de suprafață și la comportamentul observabil (Chodoff și Lyons, 1958; Lazare și Klerman, 1968). Această abordare descriptivă este esențializată în cadrul lucrării lui Chodoff și Lyons (1958), care au consultat un grup reprezentativ de publicații și au extras anumite caracteristici comportamentale ale persoanelor isterice în legătură cu care s-au pus de acord majoritatea sau chiar întregul ansamblu al autorilor implicați. Aceștia au propus ca șase caracteristici comportamentale (de ex. vanitatea, atitudinea sexuală provocatoare, dependența) să fie considerate, în urma unui acord general, ca reprezentând criterii de diagnostic pentru isterie, iar factorii subiacenți să fie ignorați. În mod similar, Lazare și Klerman (1968) afirmă că isteria poate fi definită și diagnosticată numai examinând descrierile clinice existente în literatură ale acestor persoane și extrăgând elementele comune. Acești autori au definit isteria ca circumscriind șapte trăsături: egocentrismul, exhibiționismul, emoționalitatea, dependența, atitudinea provocatoare, frica de sexualitate, sugestibilitatea.

Dacă este adoptată această abordare descriptivă, atunci am putea la fel de bine să eliminăm categoria diagnostică a personalității isterice (cu toate bogatele sale implicații structurale și dinamice) și să vorbim pur și simplu de un stil de personalitate feminin care nu se pretinde a fi mai mult decât o descriere a anumitor caracteristici feminine în ochii diagnosticienilor bărbați. Nu-mi explic motivul pentru care Chodoff și Lyons, care sunt principalii suporteri ai acestei abordări descriptive, și-au încheiat, totodată, discuția cu privire la dezvoltarea istorică a isteriei cu următorul comentariu:

O situație analoagă cu cea descrisă ar putea fi imaginată dacă femeile

psihiatri şi-ar petrece câteva generaţii observând cu obiectivitate şi oarecum pentru prima oară metehnele mai puţin atrăgătoare ale bărbaţilor, pentru ca apoi să le claseze împreună ca manifestările unui tip de personalitate caracteristic bărbaţilor! (1958, p. 734)

Ceea ce este poate şi mai greu de explicat este faptul că psihiatria este încă perplexă referitor la diferenţele dintre sexe cu privire la isterie şi a invocat, în serviciul unei explicaţii parţiale, un tip de teoretizare mai degrabă ezoterică.

Încotro ne îndreptăm de aici?

Berger (1971) a sugerat că personalitatea isterică nu se regăsește, de fapt, la pacientă, ci la observator. Acesta afirmă că definiția cea mai bună a isteriei este „comportament sau simptome care îi stârnesc observatorului sentimente sexuale inconștiente“ (p. 283) și susține că această entitate clinică ar trebui definită și înțeleasă în termenii efectului său contratransferențial. Deși nu ader la conceptualizarea isteriei propusă de Berger, sunt de părere că există un pericol ca personalitatea isterică să fie redusă la o descriere a unui tip specific de comportament feminin care are un anumit efect asupra unui observator bărbat. Totuși, a defini isteria în acești termeni pare a fi o abordare extrem de nihilistă, care n-ar constitui câtuși de puțin un pas înainte de la metoda descriptivă prezentată mai sus. În mod ideal, putem adopta o abordare mai constructivă și să ne dedicăm eliminării confuziilor actuale cu privire la caracterul isteric și la caracterul feminin.

Cu siguranță că acest demers nu este unul simplu, mai ales în contextul unei situații de interviu, în care diagnosticianul este bărbat, iar procedura de evaluare are o limită de timp. Întrucât trebuie să ne întrebăm: comportamentul dependent și copilăros al pacientei este o apărare regresivă împotriva fricilor genitale ale persoanei isterice sau este un aspect învățat al comportamentului feminin? Este labilitatea emoțională o manieră de operare defensivă care întărește refularea sau este mai degrabă încercarea pacientei de a fi o companie foarte vie și interesantă? Atitudinea sexuală provocatoare și seductivă reflectă conflicte oedipiene sau constituie comportamentul unei femei care simte că nu prea are altceva să-i ofere psihiatrului bărbat? Aceste distincții, care nu se exclud reciproc, s-ar putea dovedi dificil de făcut într-un context de evaluare diagnostică de scurtă durată, iar stereotipul femeii isterice este atât de profund înrădăcinat, încât femeile sunt adesea diagnosticate neglijent și prematur.

În mijlocul acestei încurcături conceptuale, este ușor să pierdem din vedere faptul că s-a acumulat în timp o cantitate destul de impresionantă de lucrări teoretice dedicate acestui grup de pacienți. Spre exemplu, descrierea făcută de Kernberg (1967, 1970) personalității isterice se menține într-o foarte mare

măsură în concordanţă cu scrierile altor psihanalişti teoreticieni, care au observat că pacienţii isterici (în comparaţie cu cei care suferă de tulburări de personalitate de nivel mai scăzut) manifestă o mai bună integrare a Eului şi a Supraeului, o predominanţă a conflictelor oedipiene genitale faţă de conflicte orale şi pregenitale (deşi conflictele de tip oral sunt deseori prezente) şi un spectru mai larg de funcţii şi structuri lipsite de conflict. Mai mult decât atât, este absentă patologia severă a relaţiilor de obiect internalizate, iar persoana isterică are capacitatea de a susţine relaţii îndeajuns de profunde şi de stabile ce implică o varietate de reacţii afective. Refularea constituie principala manieră de operare a Eului şi există un nivel scăzut de infiltrare a instinctelor în trăsăturile de personalitate defensive. Am putea observa că niciunul dintre criteriile de diagnostic menţionate mai sus nu este inerent feminin, ca opus noţiunii de masculin. Provocarea cu care se confruntă diagnosticienii este de a-şi rafina abilitatea de a evalua consideraţiile structurale şi genetic-dinamice expuse anterior într-un mod care să le extragă din confuzia curentă între isterie şi feminitate. Pentru a face acest lucru, trebuie să acordăm un interes diagnostic minim indicatorilor comportamentali care se suprapun aspectelor tradiţionale ale feminităţii şi trebuie, în acelaşi timp, să identificăm efectele observabile ale unui stil de apărare bazat pe refulare în rândul bărbaţilor. În această privinţă, testarea psihologică poate fi un inestimabil instrument de cercetare şi diagnostic, mai ales dacă psihologii clinicieni se dedică identificării indicatorilor formali ai isteriei, aceia independenţi de stereotipurile feminine şi masculine de roluri de gen.

În cadrul discuţiei cu privire la personalitatea isterică, nu am direcţionat atenţia către varietatea de simptome clinice asociate cu tulburările isterice severe, precum fenomenele disociative şi dezorganizarea gândirii. Pare de la sine înţeles că o asemenea simptomatologie nu este rezultatul unor presiuni culturale, iar în aceste cazuri confuzia conceptuală cauzată de suprapunerea feminităţii şi isteriei nu pare deloc relevantă. De fapt, astfel de simptome grave nu se limitează nicidecum la paciente, iar aici, în cadrul Clinicii Menninger, am fost martorii manifestării de către pacienţi bărbaţi a unor crize isterice complete, incluzând arcuirea spatelui, în stilul făcut cunoscut de Charcot. Dar diagnosticarea personalităţii isterice este foarte rar realizată pe baza unei asemenea simptomatologii. În mod tipic, aceasta se referă în general la stilul de personalitate şi la organizarea cognitivă descrise anterior, iar acesta este cazul în care eroarea de a nu lua în considerare factorii sociali a condus la o lipsă de claritate conceptuală şi de precizie diagnostică. Sperăm că specialiştii care lucrează în mediul clinic vor fi încurajaţi să reformuleze cu atenţie criteriile de diagnostic ale personalităţii isterice, astfel încât această entitate să nu devină în

cele din urmă ceea ce Chodoff și Lyons au numit „o caricatură a feminității“.

Nota autoarei

Termenul de tulburare de personalitate histrionică (DSM-III) l-a înlocuit între timp pe cel de personalitate isterică (DSM-II). Se menţin însă aceleaşi probleme, iar DSM-III afirmă că, „la ambele sexe, comportamentul fățiș este adesea o caricatură a feminităţii“. În perspectiva mea actuală (1987), mi-aș dori ca această categorie diagnostică (indiferent de numele care i se dă) să fie eliminată, aceasta fiind inextricabil întreţesută cu presiunile culturale, precum şi cu prejudecăţile inconştiente şi premisele negative cu privire la femei.

Aşa cum văd lucrurile acum, tonul propriei mele scrieri asupra acestui subiect este unul problematic, reflectând propria-mi impregnare cu norme culturale care devalorizează trăsăturile şi comportamentele feminine tradiţionale şi le supraestimează pe cele masculine. Am putea la fel de bine să imaginăm o „tulburare de personalitate“ pentru acele persoane perturbate care manifestă o preferinţă pentru idei în detrimentul oamenilor, pentru muncă în detrimentul iubirii, ambiţie în detrimentul responsabilităţii familiale, ideaţie în detrimentul emoţiei, intelect în detrimentul intuiţiei, separare în detrimentul interdependenţei, distanţă în detrimentul intimităţii, competiţie în detrimentul colaborării ş.a.m.d. În mod evident, această tulburare de personalitate s-ar manifesta cu precădere la bărbaţi (vezi Kaplan, 1983).

Referințe bibliografice

Berger, D.M. (1971), „Hysteria: in search of the animus“, în Comprehensive Psychiatry, 12: 277.

Chesler, P. (1972), Women and Madness, New York: Doubleday.

Chodoff, P. și Lyons, H. (1958), „Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion“, în American Journal of Psychiatry, 114: 734.

Dahl, A. (1965), Always Ask a Man. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Easser, B.R. și Lesser, S.R. (1965), „Hysterical personality: A reevaluation“, în Psychoanalytic Quarterly, 34:390.

Firestone, S. (1970), „Love“, în Notes From the Second Year: Women’s Liberation, coord. S. Firestone, New York: Radical Feminism.

Freud, S. (1931), „Despre tipurile libidinale“, în Opere esențiale, vol. 5 — Studii despre sexualitate, pp. 311–317, București: Editura Trei, 2010.

Kaplan, M. (1983), „A woman’s view of DSM-III“, în American Psychologist, 38: 756–792.

Kernberg, O. (1967), „Borderline personality organization“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 15: 64l.

_____ (1970), „A psychoanalytic classification of character pathology“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 18: 800.

Kreps, B. (1970), „The new feminist analysis“, în Notes from the Second Year: Women’s Liberation, coord. S. Firestone, New York: Radical Feminism.

Lazare, A. și Klerman, G.L. (1968), „Hysteria and depression: the frequency and significance of hysterical personality features in hospitalized depressed women“,

în American Journal of Psychiatry, 124: 48.

Lerner, H.G. (1973), Women's liberation", în Menninger Perspective, 4: 11–13, 20–21.

Lynn, D.B. (1972), Determinants of intellectual growth in women. University of Chicago School Review, 80: 161.

Marmor, J. (1953), „Orality in the hysterical personality", în Journal of the American Psychoanalytic Association, 1: 656.

Rappaport, D., Gill, M. şi Schafer, R. (1968), Diagnostic Psychological Testing, New York: International Universities Press.

Robins, E., Purtell, J., Cohen, M. şi Mandel, E. (1952), „Hysteria in men", în New England Journal of Medicine, 246: 677.

Schafer, R. (1948), Clinical Application of Psychological Tests, New York: International Universities Press.

_____ (1954), Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing, New York: Grune & Stratton.

Shapiro, D. (1965), Stiluri nevrotice, Bucureşti, Editura Trei, 2009.

Zetzel, E. (1968), „The so-called good hysteric", în International Journal of Psychoanalysis, 49: 256.

---

[18] Acest capitol a fost iniţial publicat în 1974 cu titlul „The hysterical personality: a «woman's» disease", în Comprehensive Psychiatry, 15(2): 157–164.

Capitolul 8

Aspecte particulare ale psihoterapiei femeilor

Înspre sfârşitul anilor 1970, practica psihoterapiei a intrat sub asediul criticii aduse de feministe, multe dintre acestea redirecţionându-se către grupuri rap[19] sau către terapie feministă, ca alternative faţă de metodele de tratament mai de tradiţie (Chesler, 1972).[20] Un semnal de alarmă cu privire la practicile sexiste larg răspândite a fost tras şi de specialişti în sănătate mentală formaţi şi lucrând în cadre profesionale tradiţionale (American Psychological Association, 1975, 1978; Symonds, 1978). Acest capitol explorează natura şi legitimitatea unor astfel de revendicări şi identifică aspecte relevante pentru toate femeile care vor să urmeze o psihoterapie.

Ar putea fi rezumate câteva dintre numeroasele critici acumulate la adresa psihoterapiilor tradiţionale. În primul rând, psihoterapia tradiţională — şi în mod deosebit psihanaliza — tinde să se axeze în principal, dacă nu exclusiv, pe conflicte interne sau intrapsihice, şi nu pe contextul cultural care le-a produs. O asemenea tendinţă părtinitoare nu doar deviază energia dinspre potenţiala schimbare socială şi politică, ci poate şi alimenta sentimentul unei femei de unicitate a „patologiei“ de care suferă, în loc de a o ajuta să conştientizeze faptul că simptomele sale, care pot fi extrem de comune în rândul femeilor, derivă în mod natural din neglijarea şi distorsionarea de către societatea patriarhală a adevăratelor nevoi intelectuale, sexuale şi sociale ale femeilor. Poate că acuzaţia cea mai gravă adusă psihoterapiei tradiţionale este că, în moduri subtile, dar puternice, este capabilă să îndrepte femeile către conformismul faţă de noţiunile de feminitate definite de bărbaţi şi să descurajeze rebeliunea împotriva „rolului feminin“, interpretând o asemenea rebeliune ca patologică.

Cu toate acestea, pentru mulţi terapeuţi, astfel de acuzaţii nu par veridice. Ca membră a colectivului de psihologi din cadrul unei instituţii psihanalitice tradiţionale, pot garanta pentru bunele intenţii ale colegilor mei. Terapeuţii psihanalitici bine formaţi nu încearcă să îşi trimită pacientele înapoi la bucătărie. Din contră, obiectivul unei bune psihoterapii, fie ea psihanalitică sau nu, este de a le pune femeilor la dispoziţie oportunitatea de a-şi depăşi barierele care interferează cu utilizarea completă a capacităţilor de care dispun. Acest demers trebuie, în teorie, să aibă loc într-o atmosferă de neutralitate terapeutică, în care o

femeie este liberă să ajungă la o definiție confortabilă și onestă a propriei feminități, nefundamentată nici pe stereotipurile predominante cu privire la femei și nici pe resentimentele și revolta față de acestea.

Pornind de la asemenea intenții pure, majoritatea terapeuților nu consideră că sexismul în cadrul tratamentului ar constitui o problemă gravă. Îngrijorările feministe pot fi excluse ca naive, învechite sau pur și simplu eronate. Într-adevăr, este dificil pentru terapeuți să examineze într-o manieră deschisă și critică modul în care propriile percepții și prejudecăți inconștiente afectează negativ și limitează tratamentul pe care aceștia îl oferă pacientelor. Însă nu mai putem închide ochii la faptul că fiecare terapeut deține un concept implicit al normalității pentru bărbați și femei, ce își are originile în contextul cultural din care se trage acesta. După cum se va vedea în paginile următoare, asimilarea implicită (și adesea inconștientă) de către terapeut a normelor și valorilor culturale afectează în permanență natura intervențiilor făcute (sau nu) în decursul procesului terapeutic.

Psihoterapia femeilor: perspective ideologice divergente

Terapeuţii tradiţionali tind să considere simptomele şi insatisfacţiile femeilor drept expresie a psihopatologiei individuale, ce trebuie analizată şi înţeleasă în lumina istoriei individuale a pacientei.[21] Chiar şi acei terapeuţi care simpatizează cu obiectivele feministe pot să nu fie de părere că factorii culturali sunt determinanţii autentici sau principali care interferează cu posibilitatea femeilor de a atinge împlinirea. În vreme ce limitările culturale ale femeilor pot fi tratate cu superficialitate, furia unei paciente ca reacţie la aceşti factori poate fi c-onsiderată drept reflecţia unui sentiment nesănătos de victimizare pasivă, care lucrează împotriva schimbării personale constructive. Aşadar, sensibilitatea unei paciente la rădăcinile sociale şi culturale ale dificultăţilor sale poate să nu fie legitimată de terapeut ca punct important în tratament. Preocupările feministe pot fi mai degrabă interpretate ca încercarea defensivă a pacientei de a evita dureroasele conflicte interne prin deplasarea în exterior a vinovăţiei pentru nefericirea sa.

Prin contrast, cei care se identifică drept terapeuţi feminişti consideră contextul social şi cultural al problemelor pacientei drept un punct legitim şi important în cadrul tratamentului. Mai mult chiar, negarea sau minimalizarea acestor surse ale conflictului sunt considerate „la fel de inadecvate ca încercările de a trata persoane de culoare negând, totodată, faptul că rasismul constituie o urâtă realitate care ne afectează pe noi toţi“ (Bernardez-Bonesatti, 1978a). Capacităţii pacientei de a identifica şi de a reacţiona la manierele în care femeile sunt depre-ciate, trivializate, puse în roluri de ţap ispăşitor sau fals definite în context profesional şi familial nu-i este alocat un spaţiu periferic în travaliul terapeutic. Din contră, conştientizarea din ce în ce mai mare de către pacientă a valorilor false şi constrângătoare, a miturilor şi presiunilor care impregnează sistemele în care ea acţionează este văzută drept crucială pentru procesul de autodefinire şi creştere. Atunci când terapeutul eşuează în a legitima furia şi protestul realiste ale pacientei, aceasta devine din ce în ce mai inhibată în termenii capacităţii sale de gândire şi acţiune creativă şi liberă (Bernardez-Bonesatti, 1978a).

Majoritatea terapeuţilor cu vederi mai moderne, fie aceştia feminişti sau tradiţionali, nu se axează într-o manieră îngustă, limitativă, numai pe realităţile intrapsihice ori numai pe cele socioculturale, ceea ce, în oricare dintre cazuri, echivalează cu a încerca să aplauzi cu o singură mână. Dar terapeuţii sunt diferiţi, dacă nu din perspectiva premiselor conştiente ale acestora, cel puţin în termenii naturii intervenţiilor şi abordării la care aderă în această perioadă de schimbări sociale. Există încă multiple controverse cu privire la întrebarea dacă femeile care protestează cu furie faţă de definiţiile feminităţii şi ale rolului feminin date de societate exprimă ele însele conflicte nevrotice sau dacă, pe de altă parte, tocmai aceste definiţii sociale ale feminităţii şi rolului feminin nu constituie patogeneza simptomatologiei femeilor. Aceasta nu reprezintă doar o chestiune de ordin teoretic, întrucât poziţia unui terapeut referitor la această controversă (fie ea conştientă şi explicită, fie neexaminată şi menţinută inconştient) determină tocmai cursul şi procesul tratamentului, în ciuda celor mai bune intenţii ale terapeutului de „a-şi ajuta pacientele să-şi facă propriile alegeri“ într-o atmosferă „netributară valorilor“ (Lerner, 1978a). Pentru a ilustra acest aspect, să luăm în considerare următorul caz ipotetic.

Exemplu clinic

Janet, o casnică de 34 de ani, are doi copii sănătoşi şi un soţ ambiţios, implicat şi de succes. Janet îşi spune că „are tot ce-i trebuie“, dorindu-şi însă să înceapă o psihoterapie din cauza unor sentimente de depresie şi insatisfacţie şi a unor resentimente şi furii din ce în ce mai mari faţă de copii şi de soţul său. Din propria-i perspectivă, insatisfacţia sa este întru totul iraţională şi îşi începe prima şedinţă de terapie spunându-i terapeutului: „N-am niciun motiv pentru care să fiu furioasă şi depresivă“. Obiectivul pe care îl are în tratament, aşa cum afirmă încă de la început, este de a deveni o soţie şi o mamă mai bună şi mai satisfăcută. Să examinăm modurile în care doi terapeuţi diferiţi, Terapeutul A (tradiţional) şi Terapeutul B (feminist), ar putea conceptualiza şi lucra cu problemele lui Janet.

Terapeutul A

Terapeutul A consideră că furia şi depresia lui Janet constituie un simptom ce reflectă conflicte inconştiente care interferează cu capacitatea acesteia de a se dedica celorlalţi şi de a le oferi îngrijire. Terapeutul A ar putea explora împreună cu Janet sentimente profunde de neglijenţă şi de privaţiune din propria-i copilărie, care acum îi fac dificilă dedicarea fără resentimente şi ostilitate faţă de copiii săi. Dacă furia lui Janet faţă de soţ este asociată cu dorinţa marcată de invidie ca şi ea să poată să aibă realizări şi să fie competitivă în cadrul lumii exterioare casei, aceste „aspiraţii masculine“ ar putea fi interpretate în lumina disconfortului nevrotic al lui Janet faţă de propriul rol feminin.

Terapeutul A ar putea, de asemenea, să încerce să o liniştească pe Janet făcând apel la faptul că sarcina unei mame este una dificilă, mai ales în primii ani de viaţă ai copiilor săi, şi că furia şi ambivalenţa resimţite de ea reprezintă într-o oarecare măsură o parte naturală din dificila şi provocatoarea carieră de mamă. În plus, Janet ar putea fi încurajată să-şi aloce câteva ore doar pentru ea, care să nu-i implice pe copii, ori poate să-şi găsească un hobby sau o activitate independentă. Într-un context susţinător şi neacuzator, terapeutul şi pacienta ar putea explora împreună un spectru de conflicte şi paradigme relaţionale timpurii cu scopul (afirmat de Janet însăşi) de a o ajuta pe pacientă să devină o soţie şi o mamă mai bună şi mai satisfăcută.

Terapeutul B

Terapeutul B ar putea să fie de acord că Janet (ca orice ființă umană) prezintă conflicte nevrotice care o împiedică să manifeste un nivel mai mare de competență și confort în parentajul copiilor săi. Aceste conflicte ar putea însă să nu fie privite ca reprezentând un punct de interes principal sau nici măcar important al tratamentului. Terapeutul B ar putea, în schimb, să considere că furia și depresia lui Janet sunt sănătoase, legitime și realiste, în ciuda protestelor lui Janet că sunt irațională. Acest terapeut ar putea în primul rând să aleagă să exploreze alături de Janet presiunile interne și realitățile externe care au condus-o la a-și pierde din vedere propriile speranțe, aspirații și visuri, alegând, în schimb, să trăiască indirect prin intermediul soțului și al copiilor. Expresiile de furie, competitivitate sau invidie în privința soțului sau a bărbaților în general ar putea fi interpretate ca reprezentând eforturi sănătoase de atingere a unui nivel de competență, succes și independență, a căror conștientizare este înspăimântătoare pentru Janet. Ar putea fi explorați pe larg factori determinanți istorici și intrapsihici — însă nu cu scopul de a o transforma pe Janet într-o soție și mamă mai bună în sensul convențional. Acest terapeut ar putea mai degrabă să își utilizeze abilitățile pentru a analiza anxietatea și vinovăția inconștiente care o împiedică pe Janet de la a conștientiza și exprima aspirații mai autonome și mai centrate pe sine, de dobândire de competențe și succes.

În plus, Terapeutul B o va ajuta pe Janet să identifice realitățile familiale și instituționale care interferează cu posibila sa împlinire atât ca părinte, cât și din perspectivă profesională. Terapeutul B ar putea pune sub semnul întrebării premisa de la care pornește Janet, că „mama bună“ (în contrast remarcabil cu „tatăl bun“) pune întotdeauna nevoile copiilor înaintea propriei creșteri și dezvoltări creative. Deși Terapeutul B va admite faptul că Janet prezintă propria nevroză personală, terapeutul nu consideră că această nevroză este miezul problemei. În schimb, dificultățile cu care se confruntă Janet vor fi privite ca simptom al instituției maternajului și familiei (așa cum a fost aceasta definită de „experți“ bărbați), care a justificat retragerea bărbaților din sarcina cotidiană de creștere a copiilor, solicitând, totodată, renunțarea la creșterea și dezvoltarea mamei, în schimbul creșterii și dezvoltării copilului pe care l-a adus pe lume.

Diferența cât se poate de evidentă dintre aspectele pe care se axează acești doi terapeuți ilustrează faptul că trăim niște timpuri marcate de considerabile controverse cu privire la înțelegerea de bază a plăcerilor și problemelor femeilor. Paginile următoare vor continua să demonstreze maniera în care psihoterapia reflectă în mod invariabil contextul cultural în care se desfășoară. Fiecare terapeut, fie acesta de orientare feministă sau „freudiană“, își va exprima în cursul tratamentului propriile valori și perspective cu privire la femei. Nu există psihoterapie „netributară valorilor“.

Dihotomia masculin-feminin: implicații cu privire la practica terapeutică

Mulți terapeuți au asimilat noțiuni ale masculinității și feminității definite cultural și, conștient sau inconștient, consideră că aceste concepte reflectă ceea ce este sănătos sau „natural“ pentru bărbați și femei. Terapeuții care etichetează sau chiar conceptualizează personal unele dintre dorințele, aspirațiile și comportamentele femeilor ca fiind nefeminine ar putea, fără a-și da seama, mai degrabă exacerba inhibițiile pacientelor, în loc de a le lărgi acestora spectrul de posibilități (Kronsky, 1971). În anumite cazuri, femeile pot deveni chiar mai constrânse în urma tratamentului, întrucât aspirațiile lor agresive de dominanță și putere (care pot într-adevăr să fie însoțite de aspecte patologice) sunt catalogate de terapeut ca masculine sau falice, adesea în absența recunoașterii componentelor sănătoase și adaptative ale unor astfel de comportamente. Deși presupusă ca facilitând insightul, interpretarea terapeutică poate viza în mod subtil încurajarea pacientei înspre întreruperea comportamentelor sale agresive, cu tendințe de control sau de competiție (Bernardez-Bonesatti, 1976). În ce-i privește însă pe bărbați, obiectivul terapeutic ar fi în general acela de a-l ajuta pe pacient să realizeze o integrare și o exprimare mai sănătoase și mai confortabile, lipsite de conflicte, ale aceloraşi aspecte ori comportamente.

Eșecul de a analiza conformarea la scenariile feminine tradiționale

Este important să punctăm faptul că majoritatea terapeuților buni nu aderă la noțiuni înguste, stereotipice, cu privire la femei; în schimb, aceștia respectă dreptul pacientei de a urmări scopuri ale tratamentului care ar putea să nu se înscrie în rolul feminin tradițional. Cu toate acestea, o problemă mai subtilă, mai gravă și mai pervazivă apare în cazul pacientei care se înscrie propriu-zis în

stereotipul cultural, dar din motive greşite (de ex., femeia tradiţional feminină care optează pentru a fi mamă cu normă întreagă pe baza unor anxietăţi nevrotice cu privire la competiţie, succes şi realizări intelectuale). În aceste cazuri, mulţi terapeuţi eşuează în termenii analizării conflictelor şi anxietăţilor care o menţin pe femeie în rolul său şi îi limitează alegerile (GAP, 1975; Lerner, 1978a). Am observat că se întâmplă adesea ca unele niveluri nesănătoase de sacrificiu de sine şi dependenţă şi complacerea la un palier al realizărilor inferior propriului potenţial de care dau dovadă femeile (cu excepţia formelor extreme şi vizibil „masochiste“ ale acestora) să nu fie recunoscute sau investigate de către terapeut, întrucât îi pot părea caracteristici oarecum naturale ale sexului feminin. Eşecul terapeuţilor psihodinamici de a analiza îndeajuns factorii determinanţi defensivi şi neadaptativi aflaţi la baza alegerii unei paciente de a se conforma noţiunilor de feminitate stabilite cultural constituie un fenomen comun în psihoterapie. Această problemă apare, de asemenea, şi în rândul terapeuţilor care aderă la o perspectivă a sistemelor familiale.

Exemplu clinic

Dr. B. lucra cu soţii Porter de şapte luni la momentul la care mi-a solicitat o consultaţie cu privire la acest caz.[22] Dl Porter avea o poziţie executivă de conducere de nivel mediu, iar dna Porter era casnică şi absolvise o facultate. Amândoi aveau puţin peste 40 de ani şi aveau trei fiice, în vârstă de 6, 12 şi 14 ani. Dr. B. mi-a descris o situaţie maritală întâlnită adesea în munca clinică: soţia îl învinovăţea cu furie pe soţ pentru nefericirea ei, în acelaşi timp conformându-se implicit la cerinţele lui şi nefăcând niciun pas înspre a schimba în vreun fel starea de fapt. În plus, reacţiona într-o manieră exagerată la problemele întâmpinate la muncă de soţul său şi, conform doctorului B., îl supunea pe acesta la o „dublă constrângere“. Dacă dl Porter nu-i oferea soţiei un raport complet cu privire la ce se întâmpla la muncă, se simţea furioasă şi respinsă. Însă atunci când o punea la curent, ea fie începea imediat să-i dea sfaturi sau să vină cu soluţii, fie îi critica maniera de gestionare sau reacţiile cu privire la o anumită situaţie. Când nivelul de stres creştea, dl Porter ameninţa uneori cu divorţul.

Dr. B., care se afla într-o formare în Teoria Sistemelor Familiale Bowen, mi-a solicitat ajutorul pentru că nu reuşise să o ajute pe soţie să adopte o perspectivă

mai calmă, mai obiectivă şi mai puţin culpabilizantă în cadrul căsniciei. În plus, se surprinsese acuzând-o pe acuzatoare (adică pe dna Porter), în ciuda încercărilor sale de a se menţine neutru. Deşi dr. B. era conştient că dna Porter îşi asumase o implicare absolut excesivă pe scena domestică în detrimentul propriu, se simţea totuşi deconcertat de ceea ce catalogase ca un comportament manipulator şi pasiv-agresiv. Spre exemplu, dna Porter relatase că îi producea resentimente practica soţului de a-i acorda o „alocaţie“ şi de a-i cere să-şi justifice cheltuielile personale; dar în loc de a adopta o atitudine fermă şi nenegociabilă cu privire la faptul că acest lucru era inacceptabil pentru ea, dna Porter îl „manipula“ pe soţul ei înspre a-i da bani în plus, pe care-i cheltuia apoi într-un mod iresponsabil şi impulsiv.

Folosindu-se de genogramele pe care le elaborase în timpul întâlnirilor iniţiale, dr. B le pusese întrebări dlui şi dnei Porter cu privire la istoricul căsniciilor din generaţiile anterioare, incluzând întrebări despre cum se înţelegeau partenerii, cum erau gestionaţi banii, cum erau depăşite divergenţele ş.a.m.d. Obiectivul declarat de dr. B. era de a o ajuta pe dna Porter să se separe ori să se diferenţieze de mama sa „masochistă“, fapt care, spera el, îi va permite să iasă din poziţia de furie şi dependenţă pe care o adoptase în căsnicie.

Dr. B. ignorase însă întru totul impactul dependenţei economice a soţiei de această căsnicie şi eşuase în a lua în considerare faptul că ea nu avea niciun plan de viaţă ori ţeluri personale care să o privească numai pe ea. Această structură familială „tradiţională“ pur şi simplu reprezenta norma pentru dr. B. şi nu implica niciun palier particular de investigat.

În timpul consultaţiei noastre, dr. B. a solicitat să ne concentrăm asupra dnei Porter, care constituia sursa nemulţumirilor sale. În acest scop, l-am rugat să se gândească la o serie de întrebări:

• Exista vreo legătură între implicarea excesivă a dnei Porter în problemele de muncă ale soţului şi propria-i lipsă de participare în lumea profesională din afara casei?

• Credea ea oare că munca soţului era mai valoroasă decât a ei?

• Dacă da, constituia acesta un factor în abordarea de tip „nici aşa, nici aşa“ referitor la a-l ruga să-şi asume mai multe sarcini casnice şi de îngrijire a

copiilor?

• Care era legătura, în măsura în care exista vreuna, dintre comportamentul iresponsabil și manipulator al dnei Porter cu privire la „alocația“ ei și dependența sa financiară propriu-zisă?

• Care dintre femeile din cadrul familiei nucleare și extinse a dnei Porter avuseseră țeluri personale și profesionale clare și care nu?

• Pentru acele femei din generațiile anterioare care depuseseră eforturi pentru a-și atinge țelurile în viață, ce impact avusese acest lucru asupra căsniciilor lor?

• Cum puseseră în balanță sora, mama și bunica dnei Porter responsabilitatea față de familie și pe cea față de sine?

• Vorbise dna Porter vreodată cu aceste femei despre țelurile și aspirațiile lor personale sau despre lipsa acestora?

• Se gândea dna Porter la țeluri personale pe termen lung?

• Cum am putea înțelege faptul că dna Porter se văicărea și se plângea cu privire la circumstanțele ei, dar nu clarifica propriu-zis față de soț o poziție decisivă referitoare la niciun aspect emoțional major? (Spre exemplu, „Povestea asta cu alocația este inacceptabilă pentru mine. Și eu lucrez, chiar dacă acasă, și vreau să am la fel de mult acces la finanțele noastre ca și tine“.)

• Ce anume credea ea că s-ar întâmpla în cadrul căsniciei dacă ar începe să opereze dintr-o poziție de mai mare putere și asertivitate?

• Credea dna Porter că era nevoită să aleagă între a avea o căsnicie și a avea un sine propriu?

• Dacă s-ar ajunge la divorț (cum se întâmplă în cazul a 50 la sută dintre căsnicii), care ar fi planul de viață al dnei Porter?

• Era ea familiarizată cu statisticile privind statutul economic al femeilor cu copii în îngrijire, în urma divorțului?

• Echivala dna Porter divorțul nu doar cu pierderea relației sale principale, ci și cu pierderea statutului, a identității, a stimei de sine și a sprijinului financiar?

• Dacă dna Porter credea că nu ar putea supraviețui economic în lipsa căsniciei, cum îi afecta acest fapt capacitatea de a gestiona această căsnicie cu claritate și asertivitate?

• Este posibilă asumarea unei poziții cu adevărat diferențiate într-un sistem familial sau profesional dacă persoana este convinsă că nu poate supraviețui în lipsa acestuia?

• Își considera dna Porter apartenența de gen ca având vreo relevanță cu privire la nefericirea și la problemele sale curente?

• Vedea ea alte femei (atât din cadrul genogramei sale, cât și al vieții din afara familiei) care să se confrunte cu probleme similare cu ale sale?

• Intrase în contact cu oricare dintre aceste persoane, pentru a împărtăși perspective asupra problemelor comune și pentru a afla cum au încercat alte femei să-și rezolve dilemele?

• În ce manieră îi influențase sau nu-i influențase mișcarea feministă gândirea cu privire la ea însăși și la familia sa?

Dr. B. nu luase în considerare cea mai mare parte dintre aceste întrebări și le-a cântărit cu interes. Cu toate acestea, a reacționat negativ la propunerea de a ne gândi împreună la cum s-ar putea deschide linii de investigare aferente în cadrul ședințelor maritale, în același timp menținându-se relevanța acestora în ce privește problemele prezentate de cuplu. Dr. B. alesese să se consulte cu mine, în parte, datorită cunoștințelor mele cu privire la problematica feminină; acum însă se temea că era în joc neutralitatea sa terapeutică. Mi-a spus: „Cred că orice întrebări în aceste direcții ar implica faptul că dna Porter ar trebui să-și ia un serviciu sau să devină mai liberă. Pur și simplu nu mi-e confortabil să le impun valori clienților“. Dr. B. mi-a spus că această consultație îi fusese totuși de foarte mare ajutor, reacțiile sale de furie față de dna Porter fiind substituite cu unele mai empatice, întrebările mele încurajându-l să acorde o atenție mai profundă contextului vieții pacientei. Cu toate acestea, nu reușea să vadă clar cum ar putea traduce ce câștigase de pe urma acestei consultații în practica sa.

Asemenea doctorului B., nu consider că intră în responsabilitatea unui terapeut să încurajeze o clientă să-și caute un loc de muncă, să adere la feminism ș.a.m.d.

Într-un cadru bowenian, investigarea prin întrebări vizează scăderea intensității, extinderea perspectivei clientei și a sentimentului său de conectare la propria familie și la contextul cultural, încurajarea gândirii și acumulării de fapte concrete, precum și vizualizarea cât mai multor opțiuni cu putință, la cel mai înalt nivel de claritate și de obiectivitate. Cu siguranță că femeile au destui „experți“ care să le spună ce să facă. Ce era însă interesant cu privire la poziția doctorului B. era presupunerea sa că a nu deschide discuții referitoare la anumite paliere de investigat și eșecul de a se axa pe anumite aspecte de context reprezentau o poziție neutră ori obiectivă. Din perspectiva mea, asimilarea de către dr. B a valorilor patriarhale cu privire la structura familială „tradițională“ constituia un obstacol pe calea de a deveni un investigator mai abil și, în cele din urmă, un terapeut mai de ajutor pentru acest cuplu.

Aceste erori prin omisiune afectează un mare număr de paciente, multe dintre femeile care intră într-un tratament fiind ele însele lipsite de capacitatea de a-și recunoaște în mod conștient dorințele sau aspirațiile care nu sunt concordante cu scenariile feminine tradiționale. Într-adevăr, multe femei care aparent aleg să renunțe la aspirațiile profesionale sau autonome centrate pe sine fac acest lucru pentru că nu pot atinge în mod liber, fără vinovăție și anxietate, o împlinire de sine prin intermediul realizărilor personale (Chasseguet-Smirgel, 1970). Experiența mi-a arătat că nu este neobișnuit ca o mamă plictisită, epuizată, sărăcită intelectual și izolată, cu copii mici, să înceapă tratamentul cu următorul obiectiv: faceți-mă o soție și o mamă mai bună pentru soțul și copiii mei. Este posibil ca aceasta, aproape literalmente, să nu aibă altă perspectivă asupra sieși pe care s-o resimtă ca acceptabilă, iar singura formă de protest căreia îi poate da glas să constea în simptomele sale, care iau adesea forma unei greve inconștiente împotriva „chemării sale sacre“ (Rich, 1976); pacienta s-ar putea plânge: „Sunt prea deprimată/obosită/confuză ca să mă ocup de casă și de copii“.

Terapeuții tradiționali, în mod deosebit aceia care cred că există o nevoie a copiilor mici ca mamele lor să fie în permanență acasă, eșuează frecvent în a explora într-un mod abil, împreună cu pacienta, alternativele și opțiunile (GAP, 1975). Mai mult decât atât, s-ar putea ca aceștia să nu o ajute să clarifice natura furiei și plângerilor sale legitime împotriva rolului prescris, pe care pacienta nu îndrăznește să le exprime altfel decât prin intermediul simptomelor sale.

Diada pacientă-terapeut bărbat: reproducerea aranjamentelor patriarhale

Unele critici feministe au avertizat că psihoterapia femeilor poate genera o potențială repunere în scenă a paradigmelor relaționale bărbat-femeie, așa cum există în cadrul culturii per ansamblu (Chesler, 1972). Chiar este adevărat faptul că multe femei devin, în contextul psihoterapiei, intens dependente de un terapeut bărbat idealizat, care poate deveni centrul vieții lor fantasmate. Dacă relația este erotizată, aceasta poate, precum o aventură, să dilueze și să eclipseze alte relații și scopuri importante din viața pacientei și să servească drept o rezistență la schimbare. Ar putea fi atât de gratificant pentru o femeie să primească sprijin și înțelegere empatică din partea unei autorități masculine calde, grijulii (și atât de gratificator pentru terapeut să aibă capacitatea de a exprima într-o manieră confortabilă și a primi apreciere pentru aceste calități „materne"), încât relația terapeutică însăși ar putea alimenta dependența, fără a facilita găsirea de soluții autonome.

Femeile au în urmă un lung istoric în care experiența relațiilor neegalitare cu bărbații a fost trăită ca naturală, acestea urmând cu complianță lideri și „experți". Presiunile culturale asupra femeilor de „a-i mulțumi pe bărbați" sunt atât de profunde, încât dorința femeii de a fi atrăgătoare și admirată de terapeut se poate substitui unui proces mai onest de autodefinire și afirmare de sine. Încercările femeilor de a se încadra în definițiile feminității care le sunt implicit comunicate de terapeuții lor sunt adesea inconștiente și subtile, putând deci să treacă neobservate atât de terapeut, cât și de pacientă. Am vorbit cu un număr de femei care au participat atât la un tratament individual, cât și la grupuri feministe de creștere a nivelului de conștientizare, și care au afirmat în retrospectivă că acelea din urmă le-au pus la dispoziție o mai mare posibilitate de a explora aspecte personale cu autentică onestitate și profunzime. Unele dintre aceste femei au considerat că limitările psihoterapiei lor derivau din propria nevoie adânc înrădăcinată și adesea inconștientă de a-l mulțumi pe terapeutul bărbat și de a rămâne neamenințătoare. Altele relatau că terapeutul însuși era cel care le inducea sau cel puțin le recompensa inconștient comportamentele dependente, neamenințătoare. Supervizorii cu experiență declară, într-adevăr, că terapeuții bărbați ar putea încuraja într-un mod subteran și neconștientizat comportamente compliante, în același timp descurajând o poziție provocatoare și independentă

în rândul pacientelor (Bernardez-Bonesatti, 1976).

Deşi femeile terapeuţi nu sunt nici ele imune la adoptarea unor asemenea atitudini, din observaţiile mele, problema apare cu cea mai mare intensitate şi cu cel mai mic nivel de conştientizare în cadrul diadei pacientă-terapeut bărbat. Este semnificativ faptul că procesul de socializare a femeilor le învaţă pe femei să protejeze eul masculin cu orice preţ, inhibându-şi orice trăsături, calităţi şi comportamente care ar putea fi ameninţătoare faţă de bărbaţi. Presiunile culturale de a „face pe proasta“, de a lăsa bărbatul să câştige sau de a se preface că el este şeful sunt toate expresii brute, dacă nu comice, ale unui mandat cultural mai subtil, dar puternic, care afirmă că, în cadrul diadelor intime bărbat-femeie, bărbatul ar trebui să fie (sau măcar să simtă că este) partenerul mai capabil, de succes şi dominant. Pentru multele cupluri care deviază de la acest aranjament, psihiatria a conceput termeni precum inversare de rol, confuzie de rol sau familie matriarhală, toţi aceştia constituind termeni oarecum peiorativi care sugerează că lucrurile nu urmează legile naturale. Într-adevăr, femeile care îndrăznesc să intre într-o competiţie deschisă cu bărbaţii cu privire la aspecte ce ţin de competenţă şi putere pot fi catalogate drept castratoare sau nefeminine, punându-se la îndoială însăşi capacitatea lor de a fi atrăgătoare şi capabile de iubire. Aşa cum au observat mulţi autori (Lerner, 1974, 1977; Dinnerstein, 1976; Bernardez-Bonesatti, 1978a), acest aranjament patriarhal reflectă în parte anxietăţile iraţionale persistente ale bărbaţilor cu privire la îngrozitoarele efecte ale agresivităţii şi dominanţei femeilor, precum şi fricile iraţionale corespondente ale femeilor de propriul potenţial distructiv, castrator. Aceste frici împărtăşite de distructivitatea femeilor îşi au originile în lunga perioadă de dependenţă şi neajutorare faţă de femei (mamele şi celelalte îngrijitoare ale noastre) şi sunt rareori recunoscute conştient de ambele sexe. În schimb, ele sunt conţinute şi ţinute în frâu de aranjamentele sociale care le permit bărbaţilor să menţină puterea şi controlul asupra femeilor, acestea fiind descurajate să-şi exprime agresivitatea şi dominanţa altfel decât prin maniere indirecte, ascunse sau manipulatoare.

Date fiind asemenea presiuni intrapsihice şi culturale, nu este câtuşi de puţin surprinzător că terapeuţii bărbaţi mai ales pot încuraja o pacientă să fie asertivă şi autonomă în cadrul familiei şi al vieţii profesionale, în acelaşi timp îndemnând-o subtil să aibă o „relaţie agreabilă“ (adică să-i urmeze sfaturile şi să-i valorizeze interpretările) în şedinţa de terapie. Paradoxul pe care-l oferă asocierea dintre interpretările terapeutice, presupuse a se afla în serviciul facilitării independenţei pacientei, şi atitudinea de superioritate a terapeutului sau

subminarea autonomiei pacientei în cadrul relaţiei terapeutice poate trece neobservat atât de terapeut, cât şi de supervizor („Oricât de multe interpretări fac sau oricât de mult încerc s-o împing spre asta, tot nu devine asertivă faţă de soţul ei!“). Mai mult decât atât, expresiile sănătoase de furie, critică sau competiţie ale femeii direcţionate către terapeut pot fi resimţite de acesta drept o manifestare nesănătoasă a agresivităţii sau o încercare de control. Dacă femeia chiar este ostilă şi cu tendinţe de control, acesta ar putea interpreta în mod corect componentele patogene ale unui asemenea comportament, dar fără a recunoaşte aspectele pozitive şi adaptative ale lucrului pe care pacienta încearcă să-l comunice sau să-l realizeze. Bernardez-Bonesatti (1976) a făcut comentarii cu privire la sentimentele deosebit de puternice de repulsie şi dezaprobare pe care terapeuţii bărbaţi le pot resimţi atunci când se confruntă cu un comportament în mod deschis ostil şi dominator al pacientelor lor. Întrucât femeile însele deţin enorme frici inconştiente cu privire la propria distructivitate şi la fragilitatea corespondentă a eului masculin, atât pacienta, cât şi terapeutul pot să nu recunoască manierele subtile prin care femeia se menţine „o pacientă bună“, cu preţul propriei autonomii şi creşteri.

Bernardez-Bonesatti (1976) a observat că femeile terapeuţi pot tinde, de asemenea, înspre o excesivă dezaprobare a furiei şi competitivităţii pacientelor lor, în mod deosebit dacă ţinta ostilităţii pacientei este un bărbat. Nu doar că este stârnită o tendinţă de a proteja bărbaţii, ci terapeuta, care se teme inconştient că propria furie neţinută în frâu ar putea să fie periculoasă pentru bărbaţi, este ameninţată de identificarea sa cu o pacientă pe care o percepe ca distructivă sau castratoare. Mi-a atras atenţia şi nevoia terapeutelor de a evita identificarea cu femei care sunt furioase pe bărbaţi, chiar şi atunci când consideră că acestea au un motiv legitim.

Sexul terapeutului

Avantajele în a avea un terapeut femeie

Un număr semnificativ de factori, mult mai importanţi decât sexul terapeutului, contribuie la calitatea acestuia de bun terapeut. Sunt însă de părere că, dacă punem între paranteze celelalte diferenţe (nivelul de competenţă, experienţă, calitatea formării etc.), pacientele pot avea multe de câştigat din lucrul cu o terapeută. Cu riscul de a oferi unele generalizări oarecum suprasimplificate, aş dori să evidenţiez pe scurt unele dintre aceste avantaje, după cum urmează:

1. Multor femei le este dificil să se deschidă faţă de un terapeut bărbat. Spre exemplu, onestitatea şi specificitatea cu privire la experienţe sexuale ar putea fi limitate. Generic vorbind, lucrul cu un terapeut de acelaşi sex poate facilita o explorare de sine mai onestă. Cu o terapeută, pacienta este mai puţin înclinată să îndeplinească inconştient comportamentul feminin stereotipic (de ex. tendinţa de „protecţie“ faţă de eul şi sentimentul de importanţă al terapeutului bărbat, evitarea confruntării şi competiţiei directe), care ar bloca un travaliu mai creativ şi mai liber.

În relațiile diadice intime, bărbații au foarte puțină experiență în ce privește relaționarea cu femeile într-un mod cu adevărat egalitar, deși mulți bărbați se pot considera excepții de la această regulă. Așa cum am notat anterior, bărbații sunt mai înclinați decât femeile la a trece cu vederea, în cazul pacientelor, aspecte subtile ale complianței, dependenței, subminării propriilor abilități ș.a.m.d., de vreme ce acestea constituie maniere previzibile și acceptabile în care femeile relaționează cu bărbații în cadrul relațiilor diadice apropiate.

2. Cu o terapeută, sexualizarea relaţiei, care poate servi ca rezistenţă majoră împotriva învăţării, este în general evitată. Deşi cu un terapeut de acelaşi sex pot apărea sentimente şi fantasme homosexuale, acestea nu sunt de obicei utilizate într-un mod defensiv şi seductiv, cu scopul de menţinere la distanţă a anxietăţii şi a ameninţării pe care o constituie confruntarea.

3. Oportunitatea de identificare cu competenţa şi cu abilităţile profesionale ale unei femei terapeut oferă un extrem de mare ajutor multor femei, în special în cazurile în care există o profundă vinovăţie şi anxietate cu privire la aspecte ce ţin de realizări şi funcţionarea autonomă. Unele paciente sunt mai capabile să admită în mod conştient şi să-şi exprime sentimentele de invidie şi de competiţie faţă de un terapeut de acelaşi sex, fără a se simţi castratoare sau nefeminine.

4. Contactul direct al terapeutelor cu experienţe emoţionale, fizice, sexuale şi spirituale specific feminine poate facilita o mai mare profunzime şi intensitate a travaliului clinic. Femeile au încorporat un foarte mare număr de mituri definite de bărbaţi cu privire la „experienţa feminină“, care pot fi cel mai bine explorate împreună cu o femeie terapeut, care a luat ea însăşi în serios sarcina propriei creşteri a nivelului de conştientizare.

5. Conflictele şi inhibiţiile femeilor îşi au adesea rădăcinile în chestiuni nerezolvate legate de autonomie şi separare de mamă, deşi aceste conflicte pot fi mascate de transferul dependenţei fetei/femeii asupra unor figuri de autoritate masculine şi a unei fugi premature în relaţii heterosexuale (Bernardez-Bonesatti, 1978b; Lerner 1978b). O femeie terapeut poate permite o explorare mai bogată şi mai profundă a relaţiei mamă-fiică şi poate facilita o retrăire afectivă a naturii extrem de complexe şi ambivalente a acestei legături.

6. Recunoaşterea de către un terapeut de acelaşi sex are semnificaţii deosebit de importante pentru anumite femei. A fi acceptată de altă femeie în contextul unei relaţii apropiate caracterizate de încredere şi respect reciproc poate să aibă un mai mare efect de „validare“ a valorii personale şi stimei de sine decât în cazul

travaliului cu un terapeut de sex opus. Acest lucru este mai ales valabil în cazul femeilor narcisice, cu o stimă de sine săracă, ele resimțind inconștient terapeuții bărbați (sau bărbații în general) ca relativ mai ușor de sedus, de flatat sau de păcălit de aparențe decât sunt femeile.

7. Un terapeut de același sex oferă oportunități mai mari de identificare. Deși acesta constituie un avantaj pentru toți pacienții, poate să aibă o semnificație cu adevărat critică pentru persoanele mai tulburate, care nu și-au consolidat un sentiment stabil şi coerent al identității de gen.

În mod paradoxal, posibilele avantaje ale terapiei cu o persoană de acelaşi sex sunt asociate, de asemenea, cu amenințări inconștiente care le pot conduce pe unele femei înspre a li se adresa terapeuților bărbați. Spre exemplu, o femeie implicată într-o luptă intensă, nerezolvată, de separare de propria mamă, poate resimți o considerabilă anxietate provocată de anticiparea dependenței de terapeută. Femeile care nu dețin un sentiment al identității stabil și coerent și cărora le este teamă că sunt lipsite de substanță și profunzime și-au consolidat în genere un repertoriu de comportamente ale sexului opus care fac mai ușor începutul unei terapii cu un bărbat — caz în care aceste comportamente pot ajuta la controlarea anxietăților inerente inițierii unei relații de terapie. Femeile care nutresc dorințe inconștiente ambivalente de a avea realizări și succes în lumea din afara casei au toate motivele să evite o relație cu o femeie împlinită profesional, relație în cadrul căreia ar fi inevitabil activate aceste conflicte. Pe scurt, multe femei consideră că un terapeut bărbat este mai „sigur“ decât o terapeută, deși acest sentiment ar putea să nu se înscrie în experiența lor conștientă. Din contră, fricile inconștiente de femei ar putea fi defensiv mascate de percepția că femeile care trăiesc de pe urma profesiei lor sunt mai puțin competente sau dețin o autoritate mai redusă decât corespondenții lor bărbați.

Potențialele paciente ale cabinetelor de psihoterapie care își afirmă o puternică preferință pentru terapeuți bărbați pot face acest lucru din motive adaptative, constructive; spre exemplu, o femeie în a cărei familie de origine tatăl a fost psihologic sau fizic absent poate necesita o experiență de îngrijire masculină. Din punctul meu de vedere, atunci când o femeie are un puternic sentiment că trebuie să se adreseze unui terapeut de un anumit sex, alegerea acesteia ar trebui

respectată. Deși asemenea preferințe invariabil includ atât componente adaptative, cât și defensive, anxietățile pacientei nu ar trebui trecute cu vederea ori prematur interpretate, iar înțelepciunea inconștientului pacientei nu ar trebui ignorată.

La fel cum este valabil pentru toate generalizările, cele menționate aici nu ne spun nimic despre avantajele sau dezavantajele referitoare la un anumit terapeut sau despre nevoile unei anumite paciente. Cu siguranță că a fi bărbat nu înseamnă a fi condamnat la o viziune îngustă sau la o aderare rigidă și neexaminată la atitudini patriarhale. La fel cum nici a fi femeie nu garantează libertatea față de prejudecățile și discriminarea inconștientă ale femeilor. Așa cum au evidențiat Alfonso și Rutan (1978), există terapeute care se identifică cu bărbații și care își privesc pacientele cu o oarecare condescendență ori care pot fi lipsite de empatie față de femeile ale căror lupte au fost încununate de mai puțin succes decât ale lor. Cu certitudine că nu toate terapeutele, prin simplul fapt de a fi femei, dispun de o mai mare înțelegere empatică a femeilor. Spre exemplu, unele dintre ele pot fi vulnerabile la o mai mare distorsiune prin supraidentificare și printr-o utilizare mai frecventă a proiecției, ceea ce poate conduce la o falsă presupunere a similitudinii sau a înțelegerii, acolo unde aceasta nu există.

În mod similar, faptul că o terapeută este feministă nu ne spune prea multe despre competența sa profesională. Deși unele terapeute feministe au avut parte de un excelent proces de formare, acest lucru nu este valabil pentru altele, poate pentru că au evitat instituțiile tradiționale, dominate de bărbați, într-o perioadă în care avem la dispoziție doar câteva programe de formare alternative care să ofere oportunitatea unei formări clinice intensive, de nivel înalt. Anumite terapeute feministe, urmând un model de tratament egalitar care pune accentul pe demistificarea competenței terapeutului, se pot angaja într-o practică neterapeutică de deschidere și autodezvăluire, care estompează limitele adecvate și eșuează în a furniza pacientei condițiile optime necesare pentru explorare și fantasmare libere. Terapeutele feministe, ca și cele tradiționale, pot fi competente sau nu.

În lumina diferențelor individuale dintre psihoterapeuți și a multitudinii de factori importanți care contribuie la dobândirea calității de specialist abil, alții decât apartenența la un gen, poate fi tentantă negarea diferențelor reale dintre terapeuții bărbați și terapeuții femei în ce privește tratamentul femeilor. Așa cum observau Alonso și Rutan (1978), este dificil pentru noi toți să ne împăcăm cu limitările propriei capacități de a ne identifica și de a empatiza cu paciente a

căror experienţă nu o putem pătrunde. Punând în discuţie astfel de limitări ale empatiei, aceşti autori ne-au reamintit de trista experienţă pe care liberalii albi au avut-o în timpul tensiunilor rasiale din anii 1960. Îmi revine limpede în minte propria reacţie defensivă atunci când mi s-a spus că persoanele de culoare nu puteau gestiona într-o manieră eficientă aspecte legate de putere şi de autodefinire în cadrul grupurilor care includeau membri albi şi cu precădere „experţi“ albi. Femeile, ca şi persoanele de culoare, au învăţat de-a lungul ultimelor decenii de feminism că există un anumit nivel de dezvoltare a conştientizării şi autodefinirii care nu poate fi atins decât în cadrul unor grupuri alcătuite exclusiv din femei. În acest sens, Bernardez-Bonesatti (1978b) a descris avantajele şi beneficiile specifice care pot fi oferite de către un grup de terapie compus în exclusivitate din femei membrelor acestuia. Se întâmplă însă, poate din cauza fricilor inconştiente de a nu răni sau exclude bărbaţii şi de a nu le stârni furia şi dezaprobarea, ca până şi specialistele din domeniul sănătăţii mentale să nege sau să minimizeze posibilele beneficii terapeutice considerabile ale terapiei cu o persoană de acelaşi sex.

În concluzie, psihoterapia poate constitui un proces creativ, de expansiune, care porneşte din centru către extremităţi, ori poate reîntări tendinţele de conformare la noţiunile constrângătoare şi definite extern ale feminităţii. În mod similar, procesul terapeutic îi poate aduce unei femei libertatea de a identifica mai clar contextul sociocultural al dificultăţilor cu care se confruntă sau poate „linişti apele“, încurajând-o să-şi cultive nevroza personală ca pe o grădină de flori, minimizând efectele patogene ale sistemului în cadrul căruia operează. Este tentant să excludem varianta mai nefericită de deznodământ ca fiind valabilă doar în cazuri izolate de „terapie proastă“, întrucât le permite terapeuţilor să evite luarea în serios a sarcinii dificile de a-şi evalua critic lucrul cu pacientele. Aşa cum am încercat să arăt aici, bunele intenţii şi dedicarea cu care terapeutul doreşte să le susţină pe femei în atingerea potenţialului maxim de care dispun nu garantează câtuşi de puţin un travaliu nesexist. Numai prin intermediul unui angajament profund resimţit faţă de propria creştere a nivelului de conştientizare, terapeuţii pot începe să se elibereze de prejudecăţile şi premisele inconştiente care afectează în mod negativ tratamentul femeilor.

Referințe bibliografice

Alonso, A. și Rutan, J.S. (1978), „Cross-sex supervision for cross-sex therapy“, în American Journal of Psychiatry, 135 (8): 929–931.

American Psychological Association (1975), „Report of the task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychotherapeutic practice“, în American Psychologist, 30: 1169–1175.

_____ (1978), „Report of the task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychotherapeutic practice, guidelines for therapy with women“. 33: 1122–1123.

Bernardez-Bonesatti, T. (1976), „Unconscious beliefs about women affecting psychotherapy“, în North Carolina Journal of Mental Health, 7 (5): 63–66.

_____ (1978a), „Women and anger: conflicts with aggression in contemporary women“, în Journal of the American Medical Women’s Association, 33 (5): 215–219.

_____ (1978b), „Women’s groups: a feminist perspective on the treatmentof women“, în Changing Approaches to the Psychotherapies, coord. H. Grayson și C. Loew, pp. 55–68, New York: Spectrum.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), „Feminine guilt and the Oedipus complex“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Chesler, P. (1972), Women and Madness. Garden City, N.Y.: Doubleday.

Dinnerstein, D. (1976), The Mermaid and the Minotaur: Sexual Arrangements and Human Malaise, New York: Harper & Row.

Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on the College Student (1975), The Educated Woman: Prospects and Problems, GAP Report 92, New York: GAP.

Kronsky, B. (1971), „Feminism and psychotherapy“, în Journal of Contemporary Psychotherapy, 3 (2): 89–98.

Lerner, H.G. (1974), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38: 538–553.

_____ (1977), „Taboos against female anger“, în Menninger Perspective, 8 (4): 4–11.

_____ (1978a), „Adaptive and pathogenic aspects of sex-role stereotypes: implications for parenting and psychotherapy“, în American Journal of Psychiatry, 135 (1): 48–52.

_____ (1978b), „On the comfort of patriarchal solutions: some reflections on Brown’s paper“, în Journal of Personality and Social Systems, 1 (3): 47–50.

_____ (1987), „Is family systems theory really systemic?: a feminist communication“, în Journal of Psychotherapy and the Family, 3 (4): 41–56.

Rich, A. (1976), Of Woman Born, New York: W.W. Norton.

Symonds, A. (1978), „Psychoanalysis and women’s liberation“, în Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 6 (4): 429–431.

---

[19] Iniţiate încă de la începutul anilor 1970 de către VVAW (Veteranii din Vietnam împotriva războiului), vizând elaborarea traumelor aduse de război, a deziluzionării şi a experienţei de după revenirea la vatră, grupurile rap au introdus metoda aflată la baza tratamentului de grup actual al tulburării de stres posttraumatic. (N.t.)

[20] Acest capitol a fost publicat iniţial în 1982 în The Woman Pacient: Medical and Psychological Interfaces, vol. 3, coord. M. Notman şi C. Nadelson, pp. 273–286, New York: Plenum.

[21] Prin terapeuţi tradiţionali, mă refer la psihoterapeuţi ale căror conceptualizări cu privire la dificultăţile întâmpinate de paciente şi la propriile obiective terapeutice sau tehnici clinice nu au fost în mod semnificativ modificate sau influenţate de ultimele două decenii de feminism. Experienţa mea legată de

terapeuții tradiționali constă în cea mai mare parte din cea referitoare la colegi ale căror activități individuale sau de grup sunt de orientare psihanalitică.

[22] Acest capitol a fost publicat inițial în 1987 cu titlul „Is Family Systems Theory Really Systemic? A Feminist Communication“, în Journal of Psychotherapy and the Family, 3 (4): 41–56.

Capitolul 9

Terapeutul „generos“ și pacienta sa

Când vorbim despre procesul familial, faptul că „soluţia devine problema“ constituie un truism, iar acest lucru este valabil şi în psihoterapie.[23] În încercarea de a le fi de ajutor pacientelor, terapeuții pot apela involuntar la soluții care blochează creşterea sau pot participa la tipare care menţin tocmai simptomatologia şi disfuncționalitatea pentru care pacienta solicită ajutorul. Acest capitol va descrie, prin intermediul utilizării unui exemplu clinic, o paradigmă contratransferențială problematică, regăsită în mod comun în cazul lucrului cu paciente. Tema care va fi discutată aici nu constituie decât o mică parte dintr-un tablou mult mai complex, în care aranjamentele noastre curente cu privire la apartenența de gen, inextricabil întreţesute cu aspecte nesoluționate din istoricul familial al terapeutului, cauzează afectarea negativă a tratamentului femeilor.

Efecte contraterapeutice ale terapeutului „generos“

Pe parcursul psihoterapiei intensive, pacienții vor testa invariabil capacitatea unui terapeut de a stabili limite și de a defini o poziție clară cu privire la aspecte-cheie legate de limite, precum gestionarea tarifului și programarea ședințelor. Pacienții vor testa într-o manieră similară nivelul la care terapeuții lor vor adopta o poziție suprarresponsabilă, de salvatori sau de „reparație“ ca reacție la expresiile de anxietate sau funcționare deficitară ale pacienților. În vreme ce acest lucru poate avea loc în cazul oricărui pacient, indiferent de apartenența sa de gen (Lerner și Davis, 1987), se pot ivi chestiuni contratransferențiale specifice în lucrul cu pacientele.

Exemplu clinic

Dr. B., medic psihiatru în al treilea an de rezidențiat, se afla într-o primă întrevedere preliminară cu dna J., o casnică depresivă, în vederea începerii unei terapii. În mijlocul ședinței, dna J. a izbucnit brusc în lacrimi și l-a întrebat pe dr. B. dacă ar putea continua s-o primească în cazul în care ea nu ar mai putea să-și plătească ședințele. Dr. B, simțindu-se anxios și tulburat, a decis să exploreze motivul din spatele întrebării. Încercarea de explorare nu a condus nicăieri, iar când, la sfârșitul ședinței, dna J. l-a presat din nou să-i dea un răspuns, acesta a replicat: „Păi, trebuie să mai cercetăm semnificațiile subterane ale cererii dumneavoastră, dar s-ar putea aranja“. Dna J. nu a mai revenit la următoarea programare și nici altă dată.

În timpul unei investigări ulterioare în supervizare a sentimentelor contratransferențiale ale doctorului B., acesta a relatat că i s-ar fi părut nepăsător din partea lui, dacă nu chiar dureros, să clarifice faptul că psihoterapia constituie un serviciu specializat, pentru care se aștepta să fie remunerat. De asemenea, anticipase că alianța terapeutică inițială ar fi întărită de poziția sa „generoasă“ și

amenințată de respingerea pe care ar fi putut-o implica o clarificare fermă a așteptării sale de a primi o plată. În fapt, o asemenea clarificare se prea poate să fi avut un efect de recunoaștere și de calmare asupra dnei J., a cărei problemă centrală, așa cum o descrisese în cadrul materialului de admitere în terapie, consta în propria-i incapacitate de a stabili limite față de membrii familiei și prieteni. În cadrul unui pachet de testare pe care pacienta îl completase anterior primei sale consultații, s-a referit la ea însăși ca fiind „o Cruce Roșie Americană de-o persoană“, căreia îi era frică să nu-i „rănească“ pe ceilalți dacă nu reușea să le onoreze pretențiile și cererile. Altfel spus, problema principală care o îndreptase pe dna J. înspre o terapie ar putea fi rezumată după cum urmează: cum pot începe să fac ce am nevoie să fac pentru mine însămi atunci când alte persoane importante pentru mine reacționează la acest lucru prin a se simți rănite sau dezamăgite? Poate că, în încercarea de a obține ajutor cu privire la dilema sa, inconștient testa modul în care noul său terapeut ar gestiona o situație similară, ca parte dintr-o încercare inconștientă de a evalua dacă această relație terapeutică ar fi un spațiu în care ar putea lupta constructiv cu propria problemă.[24] În acest caz, dr. B. nu a oferit un model pentru poziția mai autonomă pe care dna J. simțea că-i este interzis să și-o asume în propria viață și nici nu a furnizat condițiile pentru o relație capabilă să-i faciliteze creșterea pe care o căuta inconștient.

În munca sa clinică, dr. B. tindea să adopte rolul de „salvator“ față de pacientele depresive, pe care le percepea ca pe niște domnițe la ananghie neajutorate. El nu reușea să realizeze potențialul acestor femei de a-și rezolva propriile probleme și de a-și gestiona propria durere, acționând rapid și intens când pacientele sale prezentau o imagine de vulnerabilitate, oferindu-le ajutorul „special“ (ședințe în plus, disponibilitate pentru convorbiri telefonice în timpul vacanțelor sale etc.), pe care îl socotea ca fiind necesar. Atunci când absența limitelor și delimitărilor clare conducea la o escaladare a cerințelor pacientei, el o învinovățea (implicit, prin intermediul interpretării) pentru faptul de a fi excesiv de solicitantă, manipulatoare sau infantilă. În propria-i familie de origine, dr. B, un fiu prim-născut, se aflase într-o poziție de implicare excesivă sau salvare într-un triunghi familial cheie în care tatăl său îl suna pentru a se plânge de abuzul de alcool al mamei sale, iar dr. B. petrecea multe ore la telefon diagnosticând comportamentul mamei și angajându-se în eforturi succesive repetitive de a o convinge pe mamă să urmeze o psihoterapie.

Cazul următor ilustrează în detaliu problema terapeutului generos, de această dată în cazul unei terapeute.

Exemplu clinic

Dr. T. se afla încă acasă, aproape de sfârşitul unei perioade de trei luni de concediu de maternitate, când a primit un telefon de la dna S., o femeie de 25 de ani care urma o psihoterapie de orientare psihanalitică de lungă durată. Dna S., care fusese spitalizată cu un an înainte din cauza unei depresii imobilizante, a început convorbirea telefonică prin a aminti faptul că dr. T. nu urma să revină la cabinet pentru încă o săptămână; cu toate acestea, ea (dna S.) „era pe punctul de a claca“ şi avea nevoie de o programare de urgenţă. Această criză, aşa cum a descris-o, îl implica pe tatăl său, care se afla într-o vizită de trei săptămâni la ea şi, aparent, o înnebunea cu criticile referitoare la modul ei de a gestiona treburile casnice şi cu oferirea unui şir nesfârşit de sfaturi de parentaj, nesolicitate. Dna S. părea afectată, dar într-o stare bună de funcţionare.

Dr. T., care îşi alăpta bebeluşul la momentul primirii telefonului şi care se confrunta cu propriile conflicte de loialitate profesionale şi familiale, ar fi vrut să răspundă: „Înţeleg că vă este greu, dar vom vorbi despre asta săptămâna viitoare, la şedinţa programată“. În schimb, a fost de acord să se întâlnească cu dna S. ziua următoare. În timpul şedinţei, dna S. s-a plâns de situaţia în care se alfa, dar nu a manifestat nicio motivaţie autentică de a schimba sau de a supune provocării starea lucrurilor în privinţa tatălui său. Dr. T. a observat acest fapt şi a explorat reacţiile pacientei atât la solicitarea, cât şi la acordarea şedinţei suplimentare. Dna S. a adus în discuţie sentimentele sale de disconfort, precum şi „recunoştinţa“ pentru timpul suplimentar acordat şi a explorat cu docilitate multiplele semnificaţii pe care le avea pentru ea şedinţa suplimentară. În acelaşi timp, a rămas blocată şi rezistentă la a se folosi de ajutorul doctoriţei T.

O temă centrală a tratamentului dnei S. consta în reticenţa acesteia de a stabili limite faţă de tatăl său, pentru a-şi proteja relaţia cu soţul şi cu fiica de ceea ce percepea ca fiind atitudinile şi comportamentele intruzive şi de superioritate ale tatălui. Explorarea psihodinamică anterioară dezvăluise că dna S. se temea că fermitatea şi claritatea sa privind asemenea chestiuni ar avea un efect devastator

asupra tatălui şi l-ar face să se simtă intolerabil exclus de pacientă şi de noua familie a acesteia. Această frică, iniţial inconştientă, a rezultat în parte în urma proiecţiei furiei sale acumulate, derivată dintr-un îndelungat tipar de supunere în tăcere faţă de nevoile percepute ale tatălui. Era, de asemenea, o externalizare a propriei anxietăţi de separare, evocată de ideea de a menţine o poziţie clară de „eu“ faţă de tatăl său şi de a se trăi pe sine ca separată şi singură în această relaţie. Frica ei de a-şi „răni“ tatăl şi rezistenţa sa la schimbare aveau rădăcini şi în realităţile sistemului familial; existau indicii că orice pas din partea dnei S. înspre a-şi asuma o poziţie mai diferenţiată ori înspre a-şi clarifica angajamentul principal faţă de noua sa familie era urmat de depresia şi retragerea tatălui, precum şi de reinstaurarea ulterioară a vechiului tipar de către dna S.

În cadrul ajutorului acordat dnei S. în a-şi soluţiona dilema, dr. T. făcuse un număr de interpretări corecte şi livrate la momentul oportun. Mesajul implicit ar putea fi rezumat după cum urmează: este în regulă să vă clarificaţi priorităţile, preferinţele şi angajamentul principal faţă de noua familie, chiar dacă tatăl dumneavoastră reacţionează prin a deveni depresiv sau furios. Relaţia cu tatăl dumneavoastră este foarte importantă, dar nu intră în responsabilitatea dumneavoastră să-l protejaţi de depresie prin a vă sacrifica propria dezvoltare. Şi cu toate acestea, propria anxietate şi propria vinovăţie ale doctoriţei T. cu privire la clarificarea limitelor de tratament care o „excludeau“ pe pacientă au invocat o dublă constrângere neterapeutică. În exemplul tocmai discutat şi în multe altele, dr. T. era reticentă la ideea de a refuza solicitările pacientei pentru şedinţe suplimentare sau pentru convorbiri telefonice în timpul serii, deşi încerca să exploreze semnificaţiile unor astfel de cereri. Atunci când dna S. a testat-o mai departe pe terapeută prin nerespectarea unui plan stabilit anterior de a achita o datorie extrem de mare de plată a şedinţelor, dr. T. a introdus acest fapt ca temă permanentă de explorare terapeutică, dar nu a luat o poziţie clară cu privire la continuarea lucrului în contextul nereuşitei dnei S. de a face plăţile convenite.

Privind dintr-o perspectivă, dr. T. pica testele inconştiente ale dnei S. cu privire la nivelul de separare, afirmare de sine şi stabilire de limite permisibil în viaţa pacientei. Mai mult decât atât, îndeplinirea cerinţelor dnei S. de a i se acorda o şedinţă „specială“ sau o convorbire telefonică îi comunica implicit acesteia că dr. T. nici nu se aştepta, nici nu o încuraja pe dna S. ca, între şedinţele programate, să se folosească de propriile abilităţi de a-şi gestiona viaţa. Anxietatea doctoriţei T. cu privire la recăderea pacientei într-o altă depresie imobilizantă încuraja subtil şi se suprapunea cu sentimentul pacientei de responsabilitate şi îngrijorare excesivă faţă de tatăl său „fragil“, pe care îl

percepea inconştient ca având nevoie de protecţie faţă de realităţile vieţii ei adulte. Se suprapunea, de asemenea, cu poziţia protectoare şi de îngrijorare excesivă a tatălui în raport cu dna S., fetiţa lui, ale cărei abilităţi şi maturitate se temea să le recunoască.

Un punct de cotitură în cadrul tratamentului a avut loc atunci când dr. T. s-a putut folosi de supervizare pentru a-şi modifica poziţia terapeutică şi a reinstitui, cald, dar ferm, limitele convenite ale terapiei. Spre exemplu, când dna S. a sunat-o acasă la ora 7:00 dimineaţa pentru a anula programarea pe care o avea pentru acea după-amiază, dr. T. i-a spus la următoarea şedinţă: „Când mă sunaţi pentru a anula o şedinţă, mi-ar plăcea s-o faceţi în timpul programului de lucru“. Când pacienta i-a explicat că nu putea să achite factura pentru că era prea deprimată ca să-şi caute un loc de muncă, dr. T. i-a răspuns: „Înţeleg că vă simţiţi deprimată, dar este necesar să găsiţi un mod prin care să vă faceţi plăţile pentru ca terapia dumneavoastră să continue“. În privinţa convorbirilor telefonice, i-a spus dnei S.: „M-am tot gândit la lucrul nostru împreună şi, de acum înainte, aş prefera să nu mă mai sunaţi acasă. Consider că lucrul nostru aparţine de acest spaţiu, din cadrul şedinţelor programate. Mi se pare că aşa vă pot fi cel mai mult de ajutor“.

Dr. T. a reuşit să clarifice cu fermitate limitele şi delimitările fără a se pierde în explicaţii (ceea ce ar fi transmis în mod implicit disconfort sau vinovăţie) şi fără a interpreta negativ motivele din spatele cererilor pacientei. Cu alte cuvinte, comentariile şi intervenţiile doctoriţei T. nu au sugerat în niciun fel că solicitările dnei S. reflectau o excesivă dependenţă, solicitudine sau alte cauze patologice. De o la fel de mare importanţă a fost faptul că dr. T. a reuşit să „stea liniştită“, cu calm şi empatie, pe parcursul manifestărilor de durere, retragere şi furie ale pacientei, menţinând în acelaşi timp limitele terapeutice. Ceea ce a urmat au fost paşi înceţi, dar siguri făcuţi de dna S. înspre asumarea unei poziţii mai diferenţiate în propria viaţă. Şi-a definit mai clar propriile gânduri şi sentimente cu privire la aspecte importante, chiar şi atunci când acest lucru a provocat furia şi dezaprobarea persoanelor dragi. A început să-şi asume mai puţină responsabilitate pentru sentimentele altora şi mai multă cu privire la asigurarea calităţii şi direcţiei propriei vieţi. Atunci când paşii făcuţi către o mai mare autonomie şi independenţă au evocat în mod previzibil o puternică rezistenţă din partea celorlalţi, a reacţionat în cele din urmă printr-un episod depresiv moderat ca severitate. Însă, dr. T. menţinând o poziţie calmă, nereactivă, şi continuând să păstreze lucrul în cadrul delimitărilor celor două şedinţe săptămânale (în ciuda cerinţelor pacientei de a i se acorda şedinţe în plus), dna S. şi-a depăşit destul de

repede depresia şi a continuat să progreseze.

Dificultăţile iniţiale pe care le întâmpinase dr. T. în ce privea menţinerea parametrilor tratamentului şi clarificarea limitelor adecvate avuseseră multiple surse. În primul rând, ea avea un sentiment exagerat de vinovăţie cu privire la impactul negativ al sarcinii şi al concediului său de maternitate asupra pacienţilor (complicat de propria dorinţă conflictuală de a scăpa cu totul de responsabilităţile profesionale), la care reacţiona prin încercări de a fi excesiv de generoasă şi de disponibilă. În al doilea rând, poziţia pe care dr. T. o avusese în propria fratrie, fiind cel mai mic copil, combinată cu sexul de care aparţinea şi cu socializarea aferentă rolului de gen contribuiseră la dezvoltarea unui considerabil disconfort legat de exercitarea autorităţii. Această problemă era amplificată şi de absenţa unui cadru teoretic clar care să-i permită să pună la îndoială poziţia sa generoasă. De-a lungul formării sale, dr. T. (una dintre doar două femei care urmau respectiva formare) fusese lăudată de formatori şi supervizori pentru capacităţile sale „materne“, intuitive şi de îngrijire, ca şi cum aceste caracteristici feminine tradiţionale ar fi fost îndeajuns pentru a facilita schimbarea şi nu ar putea fi utilizate în exces. Nu în ultimul rând, dr. T., ca şi dr. B., devenea cu uşurinţă anxioasă cu privire la vulnerabilităţile percepute ale pacientelor sale şi nu reuşea să realizeze că până şi cele mai sever tulburate persoane au nevoie de un terapeut care poate oferi un model de comportamente de căutare şi afirmare de sine, care poate menţine limitele tratamentului şi care poate opune rezistenţă la adoptarea unei poziţii anxioase, de responsabilitate şi implicare excesive.

Pacienţii de ambele sexe vor testa capacitatea terapeutului de a exercita autoritatea, de a stabili limite, de a proteja delimitările tratamentului şi a opune rezistenţă la o preocupare şi implicare excesivă. În ce le priveşte însă în mod particular pe femei, este important ca terapeutul să ofere un model de comportamente autonome, autoritare şi diferenţiate care au fost descurajate sau implicit interzise pentru femei. Aşa cum ilustrează cazul anterior, stilul terapeutului de gestionare a unor asemenea chestiuni furnizează puternice mesaje cu privire la ce este permisibil pentru pacientă în propria viaţă.

Indiferent de categoria diagnostică şi de severitatea patologiei, femeile adesea învaţă să protejeze relaţiile în detrimentul sinelui propriu, să-şi asume responsabilitatea pentru sentimentele şi comportamentele altora, în loc de a-şi direcţiona principalele eforturi înspre identificarea propriilor ţeluri şi direcţii, şi

să se simtă egoiste şi nepăsătoare dacă îndrăznesc să se comporte altfel decât ca un atelier de reparaţii emoţionale pentru ceilalţi. Unele femei se revoltă împotriva acestui mandat renunţând la angajamentul emoţional sau identificându-se cu bărbaţii care urmăresc obiective profesionale cu preţul relaţionării intime şi al responsabilităţii familiale, dar mandatul le afectează la fel de profund. Funcţionarea deficitară a sinelui, simultan cu implicarea excesivă în privinţa celorlalţi, constituie un mod prescris de operare pentru femei. Gestionarea de către terapeut a propriilor tendinţe de implicare excesivă cu pacienţii reprezintă o variabilă crucială a tratamentului. În special în ce le priveşte pe paciente, terapeuţii pot avea nevoie de ajutor pentru a învăţa să nu adopte rolul de salvator emoţional şi, într-o manieră confortabilă, să stabilească limite şi să menţină delimitările în confruntarea cu invitaţiile pacientelor de a face altfel. Aici, comportamentele (şi nu interpretările) terapeuţilor sunt cele care îi permit pacientei să iniţieze şi să menţină comportamente mai asertive şi diferenţiate în ciuda contramanevrelor şi strategiilor persoanelor dragi, al căror mesaj este „revino la cum erai înainte!“.

Întrucât socializarea în funcţie de sex şi rolul de gen constituie o variabilă majoră (deşi una relativ ignorată) în cadrul modelării reacţiilor contratransferenţiale (Kaplan, 1979), terapeuţii de ambele sexe pot resimţi o presiune internă oarecum diferită înspre o implicare excesivă neterapeutică ori o poziţie exagerat de generoasă. Precum în cazul doctorului B., terapeutul bărbat poate să fie gata să se poziţioneze imediat ca salvator sau furnizor al rezolvării problemei pentru femeia în primejdie, confundând autoprezentarea marcată de vulnerabilitate şi neajutorare a femeii cu capacităţile şi punctele forte reale şi potenţiale ale acesteia. Ca oameni de acţiune, experţi şi indivizi învăţaţi să dea mereu o mână de ajutor, bărbaţilor le poate fi mai dificil să adopte o poziţie mai puţin activă, ceea ce i-ar permite femeii un spaţiu mai generos de asumare a responsabilităţii pentru rezolvarea propriilor probleme şi gestionarea propriei dureri. Terapeuţii bărbaţi, în special, pot să nu recunoască modurile în care manifestările feminine de vulnerabilitate, neajutorare şi dependenţă fac parte dintr-un proces de interacţiune complex, legat de apartenenţa la gen. În cadrul acestuia, funcţionarea deficitară a femeilor reflectă o încercare inconştientă de a-l susţine şi proteja pe terapeutul bărbat şi de a apăra „intimitatea“ relaţiei pacient-terapeut prin intermediul sacrificiului de sine (Lerner, 1983). Pe de altă parte, femeile terapeuţi, precum dr. T., resimt în general anxietate şi vinovăţie cu privire la exercitarea autorităţii. De asemenea, le poate fi inconfortabil să adopte o poziţie fermă referitor la parametrii tratamentului, precum stabilirea programărilor şi încasarea onorariului (Kaplan, 1979). Mai mult decât atât, este

posibil ca formarea lor să fi pus un accent excesiv asupra sprijinirii acestora pe trăsături feminine tradiţionale (de ex. îngrijirea, empatia şi intuiţia), în detrimentul unor abilităţi fundamentale, de o importanţă egală, care au fost în mod tipic considerate ca masculine. Este, de asemenea, probabil ca terapeutele să se confrunte cu aceleaşi dileme inconştiente ca pacientele lor şi să opereze dintr-o poziţie de responsabilitate excesivă faţă de sentimentele şi comportamentele altor oameni şi de responsabilitate deficitară în raport cu protejarea sinelui şi a delimitărilor propriilor vieţi.

Există o multitudine de variabile care, împreună cu apartenenţa la gen, contribuie la poziţia de implicare excesivă a unui terapeut. Acestea includ asemenea factori precum poziţia terapeutului în propria fratrie, rolul în cadrul familiei de origine, nivelul de experienţă şi competenţă profesională, nivelul de diferenţiere a sinelui şi claritatea aferentă cu privire la delimitările responsabilităţii individuale, precum şi stilul caracteristic de negociere a relaţiilor în situaţii de stres. În plus, formarea în psihoterapie şi supervizarea, atunci când sunt influenţate de modelul medical tradiţional dezvoltat de bărbaţi, creează terenul pentru paradigma pacientei pasive şi a medicului expert, care este responsabil de vindecarea cazului său (Lerner, 1979). Însă, în cele din urmă, indiferent care sunt presiunile în sens opus, capacitatea terapeutului de a fi competent şi conectat emoţional în absenţa unei implicări excesive este cea care îi permite pacientei să devină cea mai mare expertă cu privire la sinele propriu.

Referințe bibliografice

Kaplan, A.G. (1979), „Toward an analysis of sex-role-related issues in the therapeutic relationship“, în Psychiatry, 42 (5): 112–120. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy, coord. P.R. Rieker și E. Carmen, pp. 349–359, New York: Plenum, 1984.

Lerner, H.G. (1983), „Female dependency in context“, în American Journal of Orthopsychiatry, 53 (4): 697–705. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy, coord. P.R. Rieker și E. Carmen, pp. 125–133, New York: Plenum, 1984.

Lerner, H.G. și Davis, S. (1987), „Negotiating requests to alter treatment parameters: an opportunity for professional growth“, în The Clinical Supervisor, 5 (1): 73–87.

Lerner, S. (1979), „The excessive need to treat“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 43 (5): 463–471.

Weiss, J. (1971), „The emergence of new themes: a contribution to the psychoanalytic theory of therapy“, în International Journal of Psychoanalysis, 52: 459–467.

Weiss, J. și Sampson, H. (1986), Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research, New York: Guilford.

---

[23] Acest capitol are la bază o lucrare semnată alături de Sally Davis, cu titlul „Negotiating Requests to Alter Treatment Parameters: An Opportunity for Professional Growth“. Aceasta a fost publicată inițial în 1987 în Clinical Supervisor, 5 (1): 73–87.

[24] Conceptul de „test inconștient“ a fost introdus de Weiss (1971), iar ulterior elaborat de Weiss și Sampson (1986), care sugerează că pacienții care intră într-un tratament sunt în principal motivați să-și soluționeze (și nu doar să-și repună

în scenă) conflictele. Planurile lor inconștiente de rezolvare a problemelor implică teste repetate ce vizează evaluarea condiţiilor de siguranţă din cadrul relației de tratament. Din această perspectivă, un pacient care își invită terapeutul la o repunere în scenă a unei paradigme relaționale timpurii disfuncționale își dorește inconștient ca terapeutul să treacă testul prin a nu se comporta așa cum a făcut-o părintele, astfel punând la dispoziție noi condiții, care îi vor permite pacientului să-și depășească vechile conflicte și să progreseze.

Capitolul 10

Efectele diadei bebeluș-mamă care alăptează asupra familiei

Alăptarea, atunci când este o experiență relativ lipsită de conflicte, constituie un act profund gratificator atât pentru mamă, cât și pentru copil.[25] Mai mult decât atât, se afirmă că bebelușii hrăniți la sân se bucură în mod clar de avantaje imunologice, metabolice și nutriționale, în comparație cu bebelușii hrăniți cu biberonul (Raphael, 1973; Newton, 1971). În vreme ce alăptarea și hrănirea cu biberonul sunt considerate de unii ca reprezentând fenomene interșanjabile, alți experți sunt de părere că hrănirea artificială constituie o anomalie curioasă din punct de vedere fiziologic, dacă nu chiar bizară, aparținând de lumea occidentală (Newton, 1978). Newton, un cercetător activ în acest domeniu, consideră că lactația furnizează componenta psihohormonală a relației de iubire dintre mamă și bebeluș și a afirmat că: „Începerea relației mamă-bebeluș în absența lactației este ca începerea căsniciei în absența coitului“ (1978). Deși nu există dovezi convingătoare că bebelușii hrăniți cu biberonul într-un context de iubire și afecțiune suferă consecințe psihologice ulterioare, mulți specialiști susțin că alăptarea constituie tocmai „esența“ maternajului (Rich, 1976). Cu siguranță că alăptarea oferă oportunitatea unică pentru o apropiere emoțională și fizică inegalabilă între mamă și bebeluș.

Așadar, este poate surprinzător că această experiență aducătoare de plăcere și de beneficii reciproce este respinsă de un mare procentaj din femeile americane. Aproximativ 25 la sută dintre toate femeile încep să-și alăpteze bebelușii și până la 62 la sută dintre acestea renunță în urma unei scurte perioade de încercări (Pryor, 1977). În parte, acest procentaj scăzut reflectă realitățile instituțiilor, multe dintre care sunt lipsite de unități adecvate de îngrijire a copiilor și nu dețin programe de lucru flexibile, care să le permită mamelor să combine alăptarea cu serviciul cu normă redusă. În plus, conflictele intrapsihice și familiale conduc, de asemenea, femeile la o înțărcare prematură ori la evitarea completă a alăptării. Înțelegând factorii sociali, familiali și intrapsihici, specialiștii în sănătate mentală, precum și obstetricienii, pediatrii și îngrijitorii din domeniul sănătății publice le pot oferi părinților ajutor, înlesnind alăptarea cu succes.

Factorilor intrapsihici aflaţi la baza dificultăţilor de alăptare ale femeilor li s-a acordat o atenţie amănunţită în cadrul literaturii psihanalitice. Middlemore (1941) a pus în discuţie conflictele de alăptare ale mamei în termenii fantasmelor oral-sadice inconştiente reminiscente din propria experienţă infantilă. Deutsch (1945) a asociat respingerea alăptării cu frici de pierdere a atractivităţii, libertăţii, confortului şi realizărilor vocaţionale, precum şi cu sentimente de ruşine, vinovăţie şi anxietate cu privire la stimularea erotică implicată. Scrierile psihanalitice se axează în general pe experienţa de viaţă timpurie a mamei şi pe măsura în care şi-a soluţionat crizele fundamentale de dezvoltare.

Ceea ce este extrem de surprinzător la marele volum de scrieri dedicate alăptării este neglijarea evidentă a oricărei menţiuni cu privire la tată. Acesta poate fi amintit în treacăt sau ignorat întru totul, dar o foarte mică atenţie autentică este acordată faptului că diada implicată în alăptare face parte dintr-un sistem familial mai mare, în care reacţiile tatălui la bebeluş şi la cuplul bebeluş-mamă vor avea un impact profund asupra tuturor celor incluşi. Dificultăţile de alăptare ale femeilor nu pot fi însă înţelese în afara contextului familial în care se dezvoltă. Într-adevăr, cercetările amănunţite privind alăptarea sugerează că o atmosferă de lipsă de sprijin pentru mama care alăptează constituie un factor determinant central al unui sindrom anxios de eşec-pierdere a lactaţiei (Raphael, 1973). În mod clar, încercările de a analiza diada mamă-bebeluş ca şi cum aceasta ar exista pe un norişor roz (sau negru) izolat va avea cu certitudine ca rezultat o înţelegere parţială, dacă nu incorectă.

În vreme ce literatura specializată abia începe să examineze reacţiile taţilor la diada bebeluş-mamă care alăptează, literatura populară nu se caracterizează printr-o asemenea neglijare. Încă de la Spock (1968) şi până la îndrumătorii mai recenţi ai proaspetelor mame, o temă se distinge în mod clar şi repetat — faptul că taţii, în plus faţă de a se simţi mândri şi gratificaţi de relaţia de alăptare, se pot, de asemenea, simţi inutili, inadecvaţi, invidioşi şi excluşi. Aceşti autori observă că tatăl ar putea reacţiona prin ostilitate, retragere sau lipsă de sprijin şi că va avea cu siguranţă nevoie de un ajutor special din partea soţiei sale pentru a se simţi inclus şi integrat în noua familie extinsă (Pryor, 1977). În vreme ce literatura psihanalitică a tins să menţină o „tăcere fraternă demnă“ (Lederer, 1968) în aceste privinţe, literatura populară vorbeşte limpede despre faptul că fiecare bărbat adult a fost cândva un bebeluş hrănit la sânul mamei sau a primit, în braţele ei, echivalentul simbolic al sânului, biberonul, iar diada bebeluş-mamă care alăptează va reactiva o multitudine de afecte, anxietăţi şi fantasme în proaspătul tată.

Acest capitol se va axa pe reacţiile conflictuale ale tatălui faţă de diada bebeluș-mamă care alăptează și pe efectele pe care aceste reacţii le pot avea asupra mamei. Mă interesează în particular maniera în care diada bebeluș-mamă care alăptează poate tulbura o calibrare maritală anterioară și cum poate cuplul să adopte „soluții“ disfuncționale în serviciul readucerii relației maritale la echilibrul anterior. Convingerea mea este că dificultățile de alăptare întâmpinate de femei, precum și dificultățile femeilor de integrare a alăptării alături de alte aspecte ale vieții lor (în mod deosebit activitatea profesională) pot fi înțelese numai în cadrul contextului familial și social mai larg.

Nu ne vom concentra aici asupra reacţiilor paterne pozitive, neconflictuale, la alăptare, deși este cert că mulți tați trăiesc creșteri bruște ale sentimentelor de mândrie și gratificare ca reacție la soțiile care alăptează, conducând la o sporire a maturității și la o consolidare a angajamentului familial. Astfel de reacţii nu au fost numai pe larg recunoscute și remarcate, ci au fost în general evidențiate ca normă. Reacţiile negative ale bărbaților sunt adesea tratate drept comice, idiosincrasice sau patologice și sunt, în consecință, invalidate ca parte a lumii experiențiale previzibile a noului tată. Waletzky (1979), unul dintre puținii psihiatri care au acordat atenție reacţiilor conflictuale ale soților la alăptare, a observat că emfaza noastră distorsionantă asupra elementelor pozitive i-a împiedicat pe părinți să conștientizeze factorii de stres previzibili ce însoțesc alăptarea. Bărbații pot rămâne cu sentimente de vinovăție și singurătate legate de reacţiile lor conflictuale, în vreme ce femeile pot resimți cu furie că sunt singurele care au un soț care nu le vine în sprijin. Ambii parteneri pot fi împiedicați să gestioneze cu răbdare și creativitate factorii de stres care însoțesc alăptarea.

Invidia și frica bărbaților

Invidia bărbaților cu privire la capacitățile reproducătoare ale femeii constituie o dinamică generalizată, dacă nu universală, în mod vizibil aproape complet absentă din literatura de specialitate (Lederer, 1968; Lerner, 1974). Poate că singurul fapt de considerabilă semnificație care poate fi îndeplinit numai de unul dintre sexe este capacitatea de a produce viață nouă și de a-i susține creșterea prin laptele furnizat de propriul corp. Mulți băieți și bărbați sunt conștienți de trăirea unor sentimente de invidie pe parcursul experienței mamei sau soției ce include sarcina, nașterea și lactația. La alți bărbați, invidia este observabilă numai sub forma negării acesteia sau sub forma unei devalorizări defensive a tuturor aspectelor legate de creativitatea feminină (Ribble, 1965).

Mitul Genezei ar putea fi considerat o reflexie a invidiei bărbaților cu privire la puterile de reproducere ale femeii. Aici, bărbatul se naște din Dumnezeu, o figură masculină idealizată, iar femeia se naște din trupul unui bărbat, Adam devenind în consecință prima mamă. Această negare și inversare a faptelor creației este exprimată nu doar în cadrul tradiției iudeo-creștine, ci și într-un spectru larg al mitologiei (Lederer, 1968). Excluderea universală a femeilor din poziții de autoritate și putere își poate avea în mod parțial rădăcinile în gestionarea defensivă de către bărbați a propriei excluderi din puternicul act emoțional și fizic de aducere pe lume a unei noi vieți (Ribble, 1965). Autorii psihanalitici, care au redus plăcerea femeilor produsă de sarcină și naștere la o dorință deplasată de a avea un penis, ar putea, de asemenea, să-și exprime invidia față de capacitățile reproducătoare ale femeii — prin intermediul unei emfaze defensive și distorsionate asupra femeilor drept creaturi care își doresc (chiar și prin mândria lor cu privire la propriile puteri procreative) în primul rând să fie bărbați.

Invidia bărbaților față de sânul aflat în lactație nu poate fi înțeleasă numai în termeni anatomici concreți. Mai degrabă, sânul este un simbol al „magiei femeilor“ și poate simboliza experiența trăită de bebeluș și de copil, în care mama este percepută ca o figură nu doar puternică, ci omnipotentă, care deține o capacitate inepuizabilă de hrănire, precum și forțe nelimitate asupra binelui și

răului. În vreme ce această experienţă timpurie legată de mamă conduce adesea la mecanisme defensive de percepere a femeilor drept sexul mai slab ori castrat, propria-mi experienţă clinică confirmă observaţia făcută de Chasseguet-Smirgel (1970) conform căreia imaginile femeilor ca deficitare sau castrate reprezintă pentru ambele sexe o negare a imagourilor mamei primitive (adică mama bună omnipotentă simbolizată de sânul generos, pântecul roditor, completitudine şi abundenţă, iar mama rea omnipotentă simbolizată de frustrare, invaziune, intruziune şi forţe malefice).

Lederer (1968) a furnizat o cantitate impresionantă de date antropologice care dovedesc că, în privinţa capacităţilor reproducătoare feminine, bărbaţii se luptă şi cu sentimente intense de frică şi dezgust. Tema femeii însărcinate sau aflate la lactaţie ca murdară sau de neatins este una comună în cadrul multor culturi, în care femeile care alăptează pot rămâne tabu timp de multe luni după naştere. În societatea noastră, asemenea frici primitive operează în mare parte inconştient şi sunt reflectate de noţiunile defensive idealizate privind puritatea şi gingăşia feminină sau, alternativ, de un accent excesiv pus pe aspectele sexuale ale femeilor. În ce priveşte aceasta a doua variantă, Raphael (1973) a concluzionat că o reacţie masculină comună la întrebări referitoare la alăptare este de a schimba subiectul, trecând la aspectul erotic al sânului şi, în unele cazuri, chiar la a face glume deocheate. În rândul bărbaţilor cu o bună educaţie, fricile de capacităţile reproducătoare ale femeii pot fi conţinute şi ţinute în frâu printr-o înţelegere intelectuală a proceselor implicate, precum şi prin controlul reproducerii exercitat de bărbaţi prin intermediul profesiei medicale. Căci, până la proporţiile luate recent de mişcările feministe vizând sănătatea, bărbaţii erau cei care „aduceau pe lume“ bebeluşii în general, femeia aflându-se într-o poziţie pasivă, infantilă şi adesea sedată. Din nou, afectele şi anxietăţile primitive împărtăşite de bărbaţi cu privire la sarcină, naştere şi lactaţie nu pot fi conceptualizate în termenii diferenţelor anatomice. Acestea ar putea mai degrabă să reflecte fantasme infantile persistente referitoare la percepţia puterilor magice ale mamei de a da şi a susţine viaţa şi, prin asociere, de a o lua.

Reacțiile masculine la diada mamă-bebeluș

Reacțiile soțului la sânul în lactație al soției, per se, sunt secundare crizei cu care se confruntă acesta odată cu nașterea unui prim copil, în urma căruia o familie de doi se transformă — printr-un unic pas brusc și ireversibil — într-o familie de trei.[26] În cadrul acestei noi triade, cuplul bebeluș-mamă care alăptează formează un subsistem interdependent care poate să îi pară soțului complet prin el însuși. Soțul, care se poate ca până la acest moment să fi simțit că se află în rolul de protector al soției sale, precum și de unic destinatar al îngrijirii și atenției acesteia, se poate deodată regăsi într-o poziție de „străin“ într-un trio. Literatura populară asupra alăptării remarcă această traumă a tatălui și o îndrumă pe noua mamă să-l asigure pe soțul său că ea încă are nevoie de el:

Poți părea atât de aptă de a-ți îndeplini responsabilitățile materne și, ca mamă care alăptează, atât de autosuficientă, încât el subestimează nevoia ta de el. […] Are nevoie să îl asiguri că nu a trecut pe locul doi în viața ta. (Pryor 1977, p. 143)

Mamele care alăptează sunt, de asemenea, avertizate că soții lor pot simți că nu au la dispoziție niciun mod semnificativ de a avea grijă de bebeluși și că experiența bărbaților poate fi aceea a unui spectator marginal, observând o relație intimă și deseori senzuală, de inegalabilă apropiere, între mamă și copil (Pryor 1977). Ce se distinge ca extrem de surprinzător în anumite scrieri din cadrul literaturii populare este atitudinea ușor infantilizantă față de soț, care este descris asemenea unui copil înlocuit, care are nevoie de permanente reasigurări că este într-adevăr un important membru al familiei. Această emfază este interesantă, întrucât asemenea atitudini paternaliste, în mod mai comun direcționate către femei, evidențiază un adevăr psihologic semnificativ pe care l-am observat în mediul clinic. Nașterea unui prim bebeluș, în mod deosebit atunci când este alăptat, poate perturba și chiar inversa echilibrul dinamic dintre soț și

soție. Mai specific, am remarcat că introducerea diadei bebeluș-mamă care alăptează poate tulbura sever maniera în care fiecare dintre soți s-a folosit anterior de căsnicie pentru a-și gestiona propriile conflicte între nevoile de dependență și năzuințele de autonomie. Acest aspect va fi examinat într-un mod mai amănunțit, iar un exemplu clinic va ilustra mijloacele patologice la care poate apela un cuplu într-o încercare de restabilire a echilibrului homeostatic.

Conflicte de autonomie

Fiecare persoană parcurge o luptă cauzată de conflictul dintre năzuințele pasiv-dependente și aspirațiile autonome mai active. Ne dorim (cel puțin inconștient) atât să rămânem copilul mamei noastre, cât și să ne declarăm independența de aceasta. Conflictul universal între năzuințele infantil-dependente și aspirațiile mai mature înspre funcționarea autonomă nu ajunge niciodată să fie întru totul soluționat. Acesta este mai degrabă elaborat prin intermediul unei varietăți de contexte interpersonale pe parcursul întregii vieți (Karpel, 1976).

Este relativ comun ca orice cuplu căsătorit să gestioneze acest conflict prin clivare defensivă și identificare proiectivă. În loc ca partenerii din cadrul relației maritale să conțină sau să „stăpânească“ experiența complicată, conflictuală, deși mai completă din punct de vedere intern, de integrare a bipolarităților în ei înșiși (de ex. dependență-independență, pasivitate-activitate, supunere-dominare), soțul și soția pot conveni inconștient ca fiecare să conțină și să exprime unul dintre polii conflictului. Deși există multe excepții de la regulă, factorii intrapsihici și culturali contribuie adesea împreună la a o predispune pe soție să devină conținătorul năzuințelor pasiv-dependente și pe soț să conțină aspirațiile către autonomie și independență. Adoptând rolul copilului neajutorat, solicitant, dependent, soția își ajută soțul să-și tăgăduiască propriile dorințe de dependență și sentimente de neajutorare. Experiența sa poate fi una de sprijin pe forțele proprii și de independență, umbrită numai de faptul că trebuie să se confrunte cu o soție neputincioasă, nesigură, copilăroasă. În mod similar, soțul își protejează soția de experiența pericolelor competenței și autonomiei. Este posibil ca ea să nu fie nevoită să intre în contact cu sentimente de anxietate și pierdere care pot fi asociate cu experiența atingerii unui mai mare nivel de separare și individuație de propriul său soț, precum și de propria mamă.

Deși această utilizare a clivajelor defensive și a identificării proiective poate avea anumite costuri psihologice, îi permite fiecăruia dintre parteneri să evite experiența ambilor poli ai conflictului propriu. În multe cazuri, poate furniza o relație maritală incomodă, dar previzibilă, relativ stabilă și gestionabilă, care este, cu toate acestea, vulnerabilă la schimbare și stres. Dar această „soluție“

poate fi în mod deosebit vulnerabilă la introducerea în căsnicie a diadei bebeluș-mamă care alăptează.

Modificări ale echilibrului marital

Experiența sarcinii, a nașterii și a lactației îi poate oferi unei femei un imens sentiment de abilitate fizică și putere. (Bărbații care sunt alături de soțiile lor în sala de nașteri afirmă adesea cu respect și înfiorare: „N-aș putea niciodată să fac asta“.)[27] Mai mult decât atât, proaspăta mamă, care poate trăi cu plăcere, în mod indirect, dependența pasivă a propriului bebeluș, poate intra acum în contact cu sentimente anterior negate de putere și competență. Odată cu apariția bebelușului, întru totul dependent de ea, nu doar în ce privește hrana și îngrijirea, ci chiar și viața însăși, rolul acesteia în cadrul cuplului mamă-copil poate constitui o paralelă la rolul pe care îl avusese anterior soțul său în raport cu ea. (Ea este acum forța puternică, susținătoare a vieții, pentru cineva mai neajutorat decât ea.) Formând o astfel de diadă cu bebelușul său dependent și trăind intensa împlinire a relației intime de alăptare, este posibil ca soția să nu mai exprime dependența copilăroasă sau starea pregnantă de neajutorare în interacțiunea sa cu soțul. Acest fapt nu implică faptul că ea formează într-adevăr o unitate autosuficientă cu bebelușul său. Din contră, așa cum indica lucrarea lui Raphael (1973), mama care alăptează se află ea însăși într-o stare specifică de necesitate de îngrijitori implicați și susținători în mediul său. Dar nevoia ei de îngrijire se poate asocia cu o experiență de competență și putere internă, și nu să fie percepută ca derivând din slăbiciune, inferioritate sau neajutorare.

Odată ce soția sa nu mai conține și nu mai exprimă incapacitatea sau dependența copilăroasă în cadrul relației, soțul se poate confrunta cu ieșirea la suprafață a unor astfel de sentimente proprii. În plus, năzuințele orale pasiv-dependente ale soțului și dorințele sale regresive pot fi chiar mai mult provocate de identificarea cu bebelușul alăptat, în vreme ce noua sa experiență în ce o privește pe soția sa ca „mamă“ îi poate reactiva problematici oral-dependente nerezolvate în raport cu propria mamă. Dorințele conflictuale de a reveni la o stare de simbioză extatică și furia sa cu privire la propriile nevoi oral-dependente neîndeplinite îi vor fi dificil de negat prin intermediul unei masculinități defensive sau exagerate, într-o perioadă în care diada bebeluș-mamă care alăptează îl poate lăsa cu un sentiment de marginalizare, incompetență și lipsit de un membru al familiei mai neajutorat care să fie majoritar dependent de el. Mai ales în măsura

în care predomină trăsăturile infantile şi narcisice, soţul se poate simţi chiar traumatizat şi poate reacţiona prin furie, depresie sau retragere. Chiar şi cel mai rezilient soţ se confruntă cu o deosebită dificultate într-o situaţie care îi activează propriile nevoi de dependenţă exact în momentul în care soţia sa poate fi cel mai puţin disponibilă să-i întâmpine acele nevoi şi atunci când ea şi bebeluşul ei pot părea să formeze o unitate completă de unii singuri. Dacă soţul este supus la în-deajuns de mult stres, relaţia maritală va fi ameninţată şi este posibil ca ulterior să fie necesar ca soţia să fie cea care să facă o încercare inconştientă de a reinstaura echilibrul homeostatic anterior.

Reacția soției

Atunci când soțul reacționează în raport cu diada bebeluș-mamă care alăptează prin depresie, ostilitate defensivă sau retragere, soția poate, la rândul ei, să reacționeze prin anxietate și vinovăție. Două mame care alăptau, cu care am lucrat în terapie individuală intensivă, au perceput amândouă reacțiile soțului drept o amenințare cu pierderea relației dintre ei și au reacționat prin încercarea de a face un „sacrificiu“ inconștient pentru soț. Sacrificiul uneia dintre femei implica renunțarea la alăptare, precum și resimțirea noului său bebeluș ca mai puțin aducător de plăcere decât ar fi fost altfel. În cazul celei de-a doua femei (al cărei tratament va fi descris aici), sacrificiul a luat forma depresiei și a planului de a renunța la cariera pe care o prețuia. Ambele femei avuseseră mame pe care le resimțiseră ca femei posesive și neîmplinite, cărora le era dificil să tolereze succesele fiicei și care se simțeau excluse sau geloase cu privire la cealaltă relație diadică a fiicei (fiică și tată, fiică și soț). Vulnerabilitatea amplificată a acestor paciente la trăirea anxietății și vinovăției cu privire la „excluderea“ soților din diada mamă-bebeluș își avea originile atât în realitățile dinamicii familiale curente, cât și în relația lor timpurie cu mama. Următorul exemplu de caz constituie o ilustrare a acestor aspecte.

Exemplu clinic

Atunci când Karen a început o psihoterapie, la vârsta de 29 de ani (plângându-se de atacuri de anxietate la serviciu), cariera sa de avocat era deja bine consolidată. Întrucât se gândea de multă vreme să combine maternajul cu drumul profesional, a fost inițial surprinzător să o aud vorbind, în timpul sarcinii sale, despre planul posibil de a renunța întru totul la serviciu pentru un an sau doi, în ciuda propriilor relatări că o asemenea decizie ar putea avea serioase repercusiuni profesionale pentru ea. Karen a adus în ședințele de terapie reacțiile „de încurajare“ ale colegilor, de atunci când își verbalizase dorința de a fi o mamă cu

normă întreagă. Spre exemplu, când i-a împărtășit secretarei sale gândurile de a rămâne acasă în urma nașterii copilului ei, această femeie îi răspunsese cu căldură și entuziasm: „Asta-i minunat! Întotdeauna am știut că vei fi o mamă bună!“

Ca reacție la astfel de comentarii, Karen mi-a mărturisit că se simțea vinovată cu privire la acea parte a ei care-și dorea să aibă atât un copil, cât și o carieră. Vinovăția sa, așa cum a înțeles-o inițial, reflecta propria îngrijorare că, în rolul de femeie cu un serviciu, i-ar oferi bebelușului o experiență de maternaj mai puțin decât optimă. În urma continuării explorării terapeutice, i-a devenit clar că vinovăția era asociată cu sentimentul de „a avea prea multe“ și cu anxietatea sa că, prin a avea și un copil, și o profesie, ar stârni invidia și furia altor femei, care ar putea, în consecință, să-și dorească să saboteze și să strice ce avea ea. În cursul tratamentului, sensibilitatea crescută a lui Karen la invidia altor oameni a devenit cât se poate de evidentă. Reacțiile sale inconștiente (și mai apoi conștiente) față de alte femei sau bărbați care se grăbeau atât de tare s-o încurajeze să renunțe la muncă erau că aceștia încercau „s-o țină pe loc“ și să-i ia ceva. În confruntarea cu invidia sau competitivitatea reală sau percepută din partea altora, tindea să găsească o formă de a cere iertare — în acest caz, întărindu-și hotărârea de a renunța într-adevăr la cariera pe care o prețuia.

Experiența pe care o avusese Karen în raport cu mama sa — o femeie geloasă și nesatisfăcută, care și-ar fi putut retrage iubirea dacă fiica sa ar fi avut parte de prea multă plăcere în lipsa ei — s-a reflectat în transfer la scurtă vreme după nașterea fiicei sale. Presupunând că eu nu aveam copii, Karen a venit la ședință plângându-se insistent cu privire la neplăcerea de a alăpta, cererile permanente și epuizante ale bebelușului, usturimea sfârcurilor ș.a.m.d. Incapacitatea sa inițială de a trăi și de a recunoaște plăcerea alăptării era legată de vinovăția și anxietatea cu privire la a avea ceva al ei care nu mă includea și, mai mult, pe care mi l-aș putea dori pentru mine însămi. Interpretările pe care i le-am oferit referitor la tendința sa de a renunța imediat la plăcerea alăptării pentru a mă proteja ca să nu mă simt rănită, geloasă sau exclusă i-au permis să treacă în scurt timp la o trăire a alăptării ca aducătoare de plăcere, precum și erotică.

Continuând travaliul terapeutic, Karen a ales să se întoarcă la serviciu cu normă redusă, în același timp alăptându-și bebelușul. Capacitatea sa de a combina o experiență de alăptare plăcută cu gratificarea adusă de carieră era impresionantă. Chiar radia un sentiment de putere internă și atractivitate. Atitudinea copilăroasă, dependentă, pe care o manifestase anterior atât în relația cu soțul, cât și în relația

cu mine, s-a diminuat considerabil. Deşi am aflat mai târziu că în relaţia cu soţul apăruseră o tensiune şi o distanţă din ce în ce mai mari, nu a adus acest lucru în tratament şi nici nu a părut iniţial să fie afectată de acest fapt. Toate păreau să meargă bine până când la serviciu a avut loc un anumit incident care a afectat-o profund. Incidentul „traumatic“ s-a petrecut după cum urmează:

Într-o zi, Karen şi-a adus fetiţa acolo şi a alăptat-o înainte de a strânge nişte documente, pe care urma să le pună în servietă pentru a şi le aduce acasă. Când se pregătea să plece, o colegă ce urma studii postuniversitare şi care lucra în acelaşi birou a exclamat: „Uau! Un bebeluş alăptat într-o mână şi o servietă în cealaltă — ce imagine!“ Mi-a fost neclar dacă respectivul comentariu exprimase o critică sau o reacţie de admiraţie. Dar indiferent de realitatea obiectivă, efectul asupra lui Karen a fost unul dramatic. A dezvoltat imediat o stare depresivă, iar depresia a persistat. Curând, m-a anunţat că se gândea cu seriozitate să renunţe la serviciu, pentru că solicitările conjugate impuse de alăptare şi de carieră erau „o prea mare bătaie de cap“ pentru ea şi pentru familia ei. Mai mult decât atât, susţinea că depresia îi lăsase prea puţină energie de investit în a urmări orice scop.

Explorarea terapeutică a dezvăluit faptul că pacienta percepuse comentariul studentei drept un atac batjocoritor, ostil şi competitiv la adresa faptului că „avea prea multe“. În loc de a reacţiona la rându-i într-o manieră competitivă, Karen a încercat inconştient să ceară iertare începând din nou să-şi facă planuri de a-şi sacrifica munca. Tendinţa sa de a percepe imediat comentariul studentei drept unul de invidie ostilă, anxietatea şi vinovăţia asociate cu frica de a pierde o relaţie, precum şi „soluţia“ de a reacţiona printr-o depresie şi printr-un jurământ de sacrificiu al unui aspect valoros al vieţii sale, toate îşi aveau originile atât în relaţia timpurie cu mama sa, cât şi în relaţia actuală cu soţul.

Mama lui Karen absolvise o facultate şi era o femeie cu o semnificativă înzestrare intelectuală, cu o minte ageră şi caustică. Ea însăşi renunţase la aspiraţii profesionale valoroase pentru a veni în sprijinul carierei soţului şi a fi „o mamă bună“. Era de înţeles că acum era plină de resentimente la adresa faptului că alte femei, incluzându-le pe cele trei fiice ale sale, considerau asemenea sacrificii ca fiind inutile. În urma naşterii bebeluşului lui Karen, mama sa îi comunicase în treacăt că urma un tratament medicamentos antidepresiv prescris de medicul familiei; deşi nu fuseseră nici cerute şi nici oferite detalii în această privinţă, Karen a presupus că depresia era o consecinţă a faptului că ea devenise mamă. Din spusele lui Karen, scrisorile mamei conţineau încurajări subtile ca

fiica să nu mai lucreze în timpul alăptării, în acelaşi timp descurajând-o şi de la a continua alăptarea. Pe parcursul vieţii lui Karen, mama sa tinsese să o împingă înspre realizări cât mai înalte, iar ulterior să îi ignore sau să-i submineze succesele. Tatăl lui Karen îmi fusese descris ca un bărbat bun, dar distant, care ar fi ştiut să relaţioneze mai bine cu fiii. Poziţia adoptată de acesta era una de a nu dori să interfereze cu relaţiile dintre „mamă şi fete“ şi, în general, era indisponibil. Experienţa inconştientă a lui Karen în ce-o privea pe mama sa era că aceasta ar deveni geloasă, depresivă sau răzbunătoare dacă pacienta ar exclude-o sau ar avea prea multe lucruri fără ea. Tendinţa lui Karen de a-şi sacrifica imediat munca şi de a deveni depresivă reflecta încercarea inconştientă de a-şi proteja mama de gelozie şi depresie şi de a menţine legătura dintre ele, aflată sub ameninţare.

Şi în relaţia cu soţul său, Bob, Karen se lupta cu vinovăţia şi anxietatea inconştientă cu privire la excluderea acestuia prin gratificările şi plăcerile ei independente. Bob, un bărbat inteligent şi ambiţios, suferise recent o profundă dezamăgire profesională şi părea să-şi stăpânească furia printr-o aspră şi nerealistă punere la îndoială a propriei valori. În plus faţă de această lovitură narcisică, cuplul format din bebeluş şi mama care-l alăpta părea să-i întărească temutele năzuinţe infantil-dependente, pe care reuşise până la naşterea bebeluşului să le proiecteze asupra soţiei. Din relatările lui Karen, probabil se reactivaseră şi chestiuni nerezolvate legate de rivalitatea fraternă dintre acesta şi sora sa, cu un an şi jumătate mai mică decât el.

Deşi nu l-am întâlnit pe soţ într-un cadru de tratament, existau considerabile indicii că sentimentul său de excludere din cuplul implicat în alăptare, împreună cu ieşirea la suprafaţă a propriilor nevoi conflictuale de dependenţă, într-o perioadă în care soţia sa se simţea în mod deosebit independentă şi împlinită, au determinat adoptarea de către acesta a unei poziţii retrase, critice, în relaţia maritală. Spre exemplu, când mama îşi alăpta bebeluşul, el pleca imediat în altă încăpere. Interesul său sexual în ce o privea a scăzut dramatic şi i-a spus că sânii ei, din care ieşea lapte în timpul excitaţiei sexuale, îl dezgustau şi îl făceau să se simtă ca şi cum se culca cu „o mamă“. Poziţia sa marcată de depresie, retragere, critică şi respingere contrasta cu relaţia plină de afecţiune şi sprijin reciproc pe care cuplul o avusese în timpul sarcinii şi înainte de naşterea copilului.

Depresia lui Karen, precum şi tendinţa sa de a renunţa imediat la carieră nu constituiau numai o punere în scenă a unei drame intrapsihice, în care juca un imago matern internalizat, gelos şi neîmplinit; „sacrificiul“ ei servea şi drept o

încercare inconştientă de a reconsolida o relaţie actuală ameninţată cu soţul ei. Această strategie inconştientă era într-adevăr de succes, întrucât, odată cu depresia sa şi cu posibilele planuri de a renunţa la serviciu, relaţia maritală s-a îmbunătăţit într-o manieră cât se poate de vizibilă. Bob a început imediat să-şi facă datoria de a-i îngriji pe copilul şi pe soţia sa acum dependentă, fiind în mod limpede motivat de nevoia familiei sale ca el să-şi preia rolul de lider abil. Sentimentul său reînnoit de a fi „cel puternic“, de care depindeau ceilalţi, i-a permis să-i arate din nou soţiei iubire şi apreciere. Întrucât deţinea considerabile resurse psihologice, a reuşit şi să o încurajeze pe Karen să-şi continue munca, pe care el o valoriza foarte mult atunci când propria stimă de sine nu era ameninţată. În ciuda solidităţii reale a relaţiei maritale, lui Karen a continuat să-i fie frică de faptul că propriile plăceri şi succese ar stârni invidia şi durerea celorlalţi şi ar conduce în cele din urmă la destrămarea unei relaţii importante (de ex., cea cu mama sau cea cu soţul). A fost necesar un îndelung travaliu terapeutic pentru ca pacienta să dobândească abilitatea de a deriva plăcere, într-o manieră confortabilă şi competentă, atât de pe urma copilului, cât şi a carierei.

Ultimul deceniu a fost martorul unei conştientizări din ce în ce mai mari a nevoii de a ne familiariza cu originea şi manifestările paternităţii (Coleman şi Coleman, 1971). În ce priveşte alăptarea, Waletzky (1979) a observat că un eşec de a ajuta ambii parteneri să înţeleagă şi să-şi gestioneze complexele reacţii la alăptare poate transforma perioada perinatală în ceea ce a fost în mod sugestiv descris ca „un teren fertil pentru inadaptarea maritală şi parentală“ (Pittenger şi Pittenger, 1977). Waletzky a descris o varietate de noi şi foarte interesante programe şi ateliere care sensibilizează atât soţii, cât şi soţiile la factorii stresori de aşteptat care însoţesc experienţa parentajului.

O axare exclusivă pe diada mamă-bebeluş caracterizează nu doar literatura asupra alăptării, cât şi numeroasele lucrări dedicate copilăriei mici şi copilăriei în general (Brody, 1956). Această atenţie limitată este surprinzătoare, în contextul cunoaşterii faptului că naşterea unui prim copil produce o criză temporară în vieţile ambilor părinţi, care trebuie să parcurgă adaptări psihologice majore pentru a se redirecţiona cu succes de la un subsistem format din doi membri la unul format din trei. În acel moment aproape magic, tranziţional, în care fiica devine mamă, fiul devine tată, iar părinţii devin bunici, unui bărbat şi unei femei li se impune să parcurgă adaptări psihologice şi modificări de identificare

profunde şi complexe (Minuchin, 1974). În mod clar, relaţia mamă-copil nu poate fi studiată şi înţeleasă în afara interacţiunii maritale, a rădăcinilor adânci pe care soţul şi soţia le au în familiile lor de origine şi a culturii complexe şi în schimbare în contextul căreia există respectiva familie.

Referințe bibliografice

Brody, S. (1956), Patterns of Mothering, New York: International Universities Press.

Chasseguet-Smirgel, J. (1970), „Feminine guilt and the Oedipus complex“, în Female Sexuality: New Psychoanalytic Views, coord. J. Chasseguet-Smirgel et al., pp. 94–134. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Coleman, A. și Coleman, L. (1971), Pregnancy: The Psychological Experience, New York: Herder and Herder.

Deutsch, H. (1945), The Psychology of Women, vol. 2, New York: Grune & Stratton.

Karpel, M. (1976), „Individuation: From fusion to dialogue“, în Family Process, 15 (1): 65–82.

Lederer, W. (1968), The Fear of Women, New York: Grune & Stratton.

Lerner, H.G. (1974), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38: 538–553.

Middlemore, M. (1941), The Nursing Couple. London: Hamish Hamilton.

Minuchin, S. (1974), Families and Family Therapy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Newton, N. (1971), „Psychologic differences between breast- and bottle-feeding“, în American Journal of Clinical Nutrition, 24: 993–1004.

Newton, N. (1978), „Completing the female sexual cycle: inter-course, childbirth, and breast-feeding“, în Sexual Medicine Today, 2 (5): 34–40.

Pittenger, J. şi Pittenger, J. (1977), „The perinatal period: a breeding ground for marital and parental maladjustment“, în Keep Abreast Journal, 18.

Pryor, K. (1977), Nursing Your Baby, New York: Simon and Schuster.

Raphael, D. (1973), Breast-Feeding: The Tender Gift. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Ribble, M. (1965) The Rights of Infants, New York: Columbia University Press.

Rich, A. (1976), Of Woman Born, New York: W.W. Norton.

Spack, B. (1968), Baby and Child Care, New York: Hawthorne.

Waletzky, L. (1979), „Husbands' problems with breast-feeding“, în American Journal of Orthopsychiatry, 49 (2): 349–352.

---

[25] Acest capitol are la bază o prezentare susţinută în mai 1978 în cadrul întrunirii anuale a Asociaţiei Americane de Psihiatrie din Atlanta, Georgia. A fost publicată iniţial în 1979 în American Journal of Orthopsychiatry, 49(2): 339–348.

[26] Arthur Mandelbaum (comunicare personală) a remarcat că o familie nu este niciodată alcătuită din doi membri, ci mai degrabă constituie întotdeauna un subsistem triadic alcătuit din soţie-soţ şi propriile lor familii de origine. Noua triadă soţie-soţ-copil confirmă, susţine şi ameninţă cu o mai mare distanţare între soţie şi soţ şi familiile lor de origine, cauzând necesitatea unei noi adaptări la un subsistem nou format. Separarea soţiei de familia sa de origine parcurge o modificare chiar mai pregnantă. În timpurile anterioare, această modificare era uşurată de asistenţa pe care proaspăta mamă o primea de la propria mamă, asistenţă devenită acum adesea imposibilă din cauza distanţei geografice.

[27] O altă reacţie a bărbaţilor care sunt martori la naştere este cea de vinovăţie. Hemingway a scris o faimoasă proză scurtă despre un soţ care se sinucide după ce este martor la travaliul dificil al soţiei sale.

Capitolul 11

Dependența feminină

Nevoile de dependență constituie un aspect universal al experienței umane.[28] Eforturile de a realiza o integrare sănătoasă a năzuințelor pasiv-dependente și a aspirațiilor autonome active reprezintă o sarcină de dezvoltare de-a lungul întregii vieți, atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Cu toate acestea, în ciuda universalității fenomenului, cuvântul dependență în sine este mai frecvent asociat cu sexul feminin. Într-adevăr, dependența, ca și pasivitatea, a fost considerată marca absolută a feminității.

Este destul de adevărat că femeile manifestă un comportament dependent într-o manieră mai deschisă decât bărbații. Din perspectivă adaptativă, femeile tind să aibă înclinații mai mari spre afiliere și autodezvăluire, precum și o mai mare capacitate de a conștientiza și de a exprima frici realiste, vulnerabilitate și dorințe de a primi îngrijire (Pleck și Sawyer, 1974; Miller, 1976). Din perspectivă neadaptativă, femeile manifestă mai frecvent o dependență patologică (Miller, 1976); asemenea femei nu acționează înspre a-și rezolva propriile probleme, nu-și afirmă clar opiniile și preferințele din frică de conflict sau dezaprobare, ocolesc cu teamă provocările lumii externe și evită cu orice preț funcționarea autonomă și de succes. Deși capacitatea de a conștientiza și de a exprima o dependență realistă constituie un aspect esențial al funcționării psihologice sănătoase, aspectele patologice ale dependenței sunt cele cărora li s-a acordat cea mai mare atenție în literatura dedicată psihologiei feminine.

Deși unele scrieri psihanalitice au invocat, pentru a explica asocierea feminității cu comportamentul pasiv-dependent, teorii bazate pe noțiunea că anatomia scrie destinul, literatura mai recentă evidențiază factorii determinanți familiali și culturali (Miller, 1973). Mai mult de un deceniu de cercetări desfășurate de oameni de cultură și specialiști în sănătatea mentală aparținând de orientarea feministă au indicat că femeile sunt adesea instruite încă de la naștere să dezvolte o dependență patologică (Bardwick, 1971; Women, 1972). În vreme ce factorii etiologici rămân controversați, pare totuși să existe un acord general că femeile alcătuiesc, de fapt, sexul mai dependent. Cu siguranță că auzim mult mai multe despre nevoile de dependență ale femeilor decât despre cele ale bărbaților — ca și cum femeile, fie din natură, fie din cultură, ar fi posedate de un rău mai mare.

O mare parte din literatura dedicată specialiştilor, precum şi cărţi populare cum este cea semnată de Dowling (1981), The Cinderella Complex (Complexul Cenuşăreasa), reflectă cu claritate universalitatea acestei convingeri.

O parte din motivele din spatele generalizărilor eronate cu privire la dependenţa feminină excesivă o reprezintă faptul că factorii structurali sau contextuali care evocă comportamentul dependent al femeilor nu au fost luaţi îndeajuns de mult în serios de către specialiştii în sănătate mentală. Spre exemplu, literatura de specialitate a remarcat că până şi femeile active şi care se bazează pe forţele proprii adesea devin excesiv de dependente, dacă nu chiar fobice, în urma căsătoriei (Symonds, 1971). Cu toate acestea, s-a acordat puţină atenţie modurilor în care structura căsniciei tradiţionale facilitează dezvoltarea de către femei a unui sentiment din ce în ce mai intens de dependenţă economică şi psihologică, în pofida capacităţilor lor individuale. În plus, literatura populară şi cea de specialitate au tins să ignore faptul evident că şi bărbaţii au nevoi de dependenţă, a căror îndeplinire a căzut în sarcina femeilor.

În comparaţie cu bărbaţii, care trec de la o mamă la o altă mamă, sub forma soţiei, femeile adesea renunţă la mamele lor pentru a deveni ele însele mame. Normele tradiţionale impun ca o „soţie bună“ să facă curăţenie, să gătească, să aline, să admire, să încurajeze, să asculte, să empatizeze şi să sprijine — deşi ea este mai rar destinatarul unei asemenea atenţii şi îngrijiri. Punându-se la dispoziţia altora, pentru îndeplinirea nevoilor de dependenţă ale acestora (incluzându-i pe soţ şi pe copii), o femeie poate anticipa conştient sau inconştient că propriile nevoi vor fi satisfăcute; atunci când acestea nu sunt, este posibil ca ea să manifeste comportamente care par a fi excesiv de dependente sau de solicitante. Totuşi, s-ar putea să se acorde puţină atenţie faptului că nevoile de dependenţă ale femeii nu sunt adecvat îndeplinite de cei dragi sau că ei îi este imposibil ca, în mod activ, să desfăşoare activităţi centrate pe sine sau care o vizează în mod direct, care să-i permită să-şi satisfacă propriile trebuinţe. Din această perspectivă, femeile nu sunt sexul excesiv de dependent.
O generalizare mai corectă ar fi să spunem că femeile nu sunt îndeajuns de dependente. Majoritatea femeilor sunt mult mai experte în preocuparea faţă de nevoile celorlalţi decât în identificarea şi solicitarea asertivă a împlinirii propriilor nevoi.

Generalizările eronate cu privire la dependenţa feminină îşi au originile într-un alt eşec de conceptualizare. Mulţi teoreticieni şi practicieni nu reuşesc să facă distincţia între comportamentul pasiv-dependent pe care femeile îl manifestă atât

de frecvent, dacă nu chiar îl cultivă în mod activ, și nivelul real de autonomie sau diferențiere a sinelui pe care l-au atins, de fapt, femeile. Ca grup, femeile se pot comporta într-o manieră mai pasiv-dependentă decât bărbații, dar femeile nu sunt mai dependente decât bărbații dacă luăm în considerare nivelul real de autonomie sau diferențiere a sinelui atins de un individ. Pentru a înțelege această distincție dintre comportamentul pasiv-dependent al unei femei și nivelul real de diferențiere al acesteia, este important să realizăm faptul că manifestările pasiv-dependente ale femeilor dețin adesea o funcție protectoare și de menținere a bunei funcționări sistemice pentru cei dragi. Acest aspect va fi examinat într-o manieră mai amănunțită.

Aspectele protectoare ale dependenței feminine

Cercetările dedicate sistemelor maritale au indicat faptul că ambii parteneri tind să se afle la același nivel de independență sau diferențiere psihologică (Bowen, 1978). În general, nu sunt decât mici diferențe între soți în termenii nivelului real de funcționare autonomă sau claritate a sinelui atins de fiecare dintre cei doi în cadrul familiei de origine. Lucrurile pot părea extrem de diferite în situații precum cea în care un om de afaceri de mare calibru o aduce pe soția sa simptomatică, infantil-dependentă, la un spital de psihiatrie. Motivul din spatele acestei aparente discrepanțe este că funcționarea deficitară a unuia dintre soți permite funcționarea excesivă a celuilalt. În cuvintele lui Bowen (1978), dacă unul dintre parteneri trăiește o „îndepărtare de sine", celălalt dezvoltă un „pseudo-sine excesiv". Ca într-un balansoar, poziționarea neajutorat-dependentă a unuia are un efect adaptativ, de gonflare a Eului în cazul celuilalt. Când partenerul care „subfuncționează" se îndreaptă în direcția unei funcționări mai autonome, cel care „suprafuncționează" începe să fie afectat negativ și, în mod previzibil, va face nenumărate „mișcări în sens opus" pentru a readuce relația la echilibrul anterior.

În munca mea clinică, am observat cât de frecvent se întâmplă ca poziția pasiv-dependentă care le caracterizează pe atâtea femei să fie inextricabil întrețesută cu rolul prescris de funcționare deficitară pe care femeile și-l asumă pentru a proteja și stabiliza sistemele în cadrul cărora operează. Spus oarecum altfel, comportamentul disfuncțional pasiv-dependent al femeilor derivă, în parte, din „regulile" inconștiente care ghidează anumite sisteme relaționale. Femeile sunt rareori la fel de dependente precum sunt învățate să pară; acestea mai degrabă învață să manifeste un comportament pasiv-dependent pentru a-i proteja pe ceilalți (incluzându-l pe terapeut) și pentru a menține delicatul echilibru homeostatic sistemic în care orice mișcare de îndepărtare de la o poziție dependentă este percepută de cei dragi drept un act dureros și agresiv; reprezintă un act de neloialitate, o trădare. Menținerea unei experiențe de sine dependentă pentru a-i proteja și a-i susține pe ceilalți constituie o dinamică ale cărei rădăcini se află în familia de origine. Acesta este, de asemenea, un fapt prescris cultural și cel mai limpede reflectat în relațiile adulte ale femeilor cu bărbații.

Protejarea bărbaților

Anterior valului actual de feminism, fetele şi femeile erau încurajate în mod explicit să le ofere bărbaților protecție narcisică prin cultivarea unui comportament pasiv-dependent şi prin disimularea slăbiciunii şi incompetenței, dacă acestea nu existau în mod natural. Conform îndrumărilor unui expert în popularitate feminină de la mijlocul anilor 1960:

Dacă fumezi, nu lua cu tine chibrituri. Într-un restaurant, lasă-l pe partener sau pe bărbatul cu care ai ieşit la întâlnire să comande […] se poate să ştii mai multe despre vinurile de colecție decât însuşi somelierul, dar, dacă eşti deşteaptă, îl vei lăsa pe bărbat să aleagă şi te vei extazia la vinul ales, chiar şi dacă are gust de şampon […] femeia de succes nu-şi lasă niciodată competența să rivalizeze cu feminitatea. (Dahl, 1965, p. 8)

Acest tip de sfaturi putea fi întâlnit în multe dintre îndreptarele pentru femei scrise înainte de anii 1970, care susțineau în mod explicit dominanța masculină, în acelaşi timp avertizându-le implicit pe femei că bărbații sunt slabi. Într-o carte populară semnată de Lees (1957), Help Your Husband Stay Alive (Ajută-ți soțul să rămână în viață), autoarea mergea atât de departe, încât să insiste că bărbații sunt fizic incapabili să supraviețuiască dacă femeile nu-şi asumă un rol dependent şi subordonat. Ca justificare pentru recomandarea sa de funcționare deficitară, autoarea scria:

Ce să fie umilitor la a te poziționa sub un bărbat — indiferent dacă asta se întâmplă în profesie, în administrație ori în alt rol din viață […] atâta vreme cât ți-e clar că el este în vârf numai pentru că tu îl ții acolo? (p. 14)

Noţiunea paradoxală că femeile trebuie să sporească puterea bărbaţilor renunţând la propria putere este răspândită chiar şi în ziua de astăzi. Un exemplu explicit al acestei filozofii poate fi regăsit în Fascinating Womanhood (Faptul fascinant de a fi femeie), o carte extrem de bine vândută bazată pe aceleaşi principii ca Total Woman (Femeia totală) a lui Marabelle Morgan. Într-o ediţie din 1980, Andelin le oferea cititoarelor instrucţiuni detaliate pentru cultivarea unei atitudini copilăroase, dependente, cu scopul explicit de a proteja legătura maritală. O temă, spre exemplu, o instruia pe cititoare să observe şi să copieze cu atenţie comportamentul şi manierismele fetiţelor, în timp ce alte capitole sugerau moduri de reprimare a tendinţelor de a părea competente sau apte să se bazeze pe forţele proprii în activităţi „masculine“, independente.

Respectabilele noastre basme conţin, de asemenea, recomandarea paradoxală ca femeile să protejeze bărbaţii, lăsându-i pe aceştia să le protejeze pe femei. Aceste poveşti ne învaţă că un comportament pasiv-dependent reprezintă marca feminităţii de succes, precum şi mijlocul care permite şi încurajează activitatea şi independenţa masculine (Bettelheim, 1976). Domniţa la ananghie este cea care îi oferă bravului ei salvator oportunitatea să ucidă dragoni, să rezolve ghicitori sau să se comporte în vreun alt fel eroic. Vânătorul nu ar fi putut-o salva pe Scufiţa Roşie dacă aceasta nu ar fi fost complet neajutorată în gura lupului şi lipsită de resursele intelectuale de a o deosebi pe bunica sa de un lup în cămaşă de noapte. Scufiţa Roşie nu este decât una dintre multe eroine din basme care nu-şi rezolvă singure problemele, ci le furnizează bărbaţilor prilejul de a acţiona în numele neputinţei lor.

Este tentant să privim dictatele culturii populare drept clişee învechite care au prea puţină relevanţă pentru practica noastră clinică actuală sau pentru experienţa de viaţă reală a femeilor contemporane. Cu siguranţă că majoritatea femeilor care intră astăzi în cabinetele noastre nu adoptă voit sau laborios dependenţa copilăroasă pentru a gonfla eul masculin şi a se asigura astfel de siguranţa previzibilă a relaţiilor lor. Cu toate acestea, comportamentul se instituie inconştient, fără ca ele să observe sau să intenţioneze acest lucru. Ceea ce se află în spatele atitudinii pasiv-dependente a multor femei este motivaţia inconştientă de a sprijini şi a proteja o altă persoană, precum şi convingerea inconştientă că femeia trebuie să se menţină într-o poziţie de relativă slăbiciune pentru ca relaţiile sale cele mai importante să supravieţuiască. Chiar şi femeile eliberate intelectual se simt inconştient înspăimântate şi vinovate la gândul că i-ar putea „răni“ pe ceilalţi, în mod deosebit pe bărbaţi, dacă-şi exercită pe deplin capacitatea de acţiune şi de gândire independentă. În realitate, femeile care chiar

încep să definească mai clar termenii propriilor vieţi sunt frecvent acuzate de minimizarea bărbaţilor, de provocarea unui rău copiilor sau de vreun alt mod de a fi distructive în raport cu ceilalţi. Aceste reacţii, care au loc ca răspuns la anxietatea provocată de comportamentul mai autonom al unei femei, reprezintă o considerabilă forţă de opoziţie faţă de schimbare.

Aranjamentele noastre cu privire la rolurile de gen, precum şi înseşi definiţiile feminităţii la care aderăm au la bază o importantă metacomunicare, ce rămâne un principiu inconştient pentru multe femei. Mesajul este că sexul mai slab trebuie să protejeze sexul mai puternic, împiedicându-l să conştientizeze puterea sexului mai slab, pentru ca sexul puternic să nu simtă că-i sunt slăbite puterile de puterea sexului mai slab. Acest mesaj persistă în ciuda timpurilor în schimbare şi a noilor convingeri egalitariste; femeile sunt în continuare încurajate să-i protejeze pe bărbaţi prin conţinerea şi exprimarea pasivităţii şi dependenţei, de care bărbaţilor le este de fapt teamă la ei înşişi (Miller, 1976; Lerner, 1978). Întrucât femeile învaţă în cele din urmă că a fi o persoană autonomă şi centrată pe sine îi răneşte pe ceilalţi, în mod deosebit pe bărbaţi, comportamentul lor dependent este adesea un „dar“ sau un sacrificiu inconştient faţă de cei pe care-i iubesc; este darul de a renunţa la sinele propriu pentru amplificarea sinelui celuilalt.

Nu este nevoie să spunem că nu toate femeile cedează la presiunile de a adopta un rol dependent în raport cu bărbaţii şi că nu toate relaţiile heterosexuale se bazează pe o astfel de complementaritate. În cadrul cuplurilor care operează la un nivel relativ înalt de diferenţiere, partenerii se sprijină mai puţin pe clivaj şi identificare proiectivă; fiecare dintre soţi are capacitatea de a tolera experienţa complicată şi conflictuală de integrare a bipolarităţilor (de ex. activitate-pasivitate şi dependenţă-independenţă) în sinele propriu. Fiecare partener are capacitatea de a se simţi competent şi de a-l privi pe celălalt ca fiind competent, în lipsa vreunei nevoi de a minimiza sau exagera dependenţa, vulnerabilitatea sau neajutorarea. Cu toate acestea, un mare număr de femei care ne intră în cabinete îi protejează totuşi inconştient pe bărbaţi prin cultivarea unei atitudini pasiv-dependente. Această poziţie disfuncţională reflectă, în parte, puternice injoncţiuni culturale de a funcţiona deficitar, alimentate de fantasme iraţionale cu privire la puterea femeilor şi vulnerabilitatea bărbaţilor (Lerner, 1974, 1978); poziţia aceasta are însă rădăcini şi în familia de origine, unde sunt pentru prima oară negociate aspectele de separare-individuaţie. Acela este contextul în care fata în creştere poate învăţa să-şi inhibe aspiraţiile către o funcţionare mai autonomă pentru a proteja sistemul familial ori pentru a rezolva o anumită problemă din cadrul relaţiei părinţilor.

În familiile în care relația maritală este slabă, iar mama însăși a fost împiedicată să progreseze în propria creștere, fiicele adesea învață să adopte un comportament pasiv-dependent drept un „jurământ de fidelitate“ inconștient de a rămâne copilul mamei, ca și cum pașii făcuți de fiică înspre o mai mare separare și autonomie constituie un semn de neloialitate și trădare. Mai târziu, această dramă se continuă în cadrul relațiilor sale heterosexuale adulte și este reîntărită de avertizările primite de femei că bărbații trebuie protejați de puterea deplină a femeilor și de capacitățile acestora. Sunt de părere că fetele și femeile sunt în mod special vulnerabile la anxietate și vinovăție în ce privește afirmarea propriei declarații de independență față de prima lor familie (Lerner, 1978, 1980). Mulți psihoterapeuți nu reușesc să înțeleagă nivelul la care anxietatea și vinovăția femeilor cu privire la autonomie și separare reflectă, în parte, percepția corectă a pacientei că relațiile cele mai importante ale sale sunt foarte puțin flexibile la tolerarea creșterii progresive și a independenței sale și că, în plus, atitudinea sa pasiv-dependentă servește o funcție protectivă pentru alți membri ai familiei. În mod paradoxal, o pacientă poate deveni liberă să renunțe la o poziție dependentă atunci când terapeutul său poate identifica și respecta funcțiile adaptative servite de menținerea de către aceasta a unei atitudini dependente și poate înțelege, alături de pacientă, realele riscuri și posibilele pierderi cu care se vor confrunta ea și alții dacă își permite să se comporte într-o manieră mai autonomă și mai centrată pe sine.

Implicații cu privire la tratament

În cadrul muncii mele de supervizare, am observat că experiența de sine și comportamentele dependente ale unei femei adesea provoacă interpretări nuanțate negativ ce sugerează că nevoile sale de dependență sunt copilăroase, excesive sau semne de slăbiciune. Pe lângă faptul că exacerbează sentimentele de vinovăție sau inadecvare ale pacientei, asemenea intervenții pierd întru totul din vedere esențialul. O pacientă poate, într-adevăr, să se prezinte drept un copil neputincios, motivată de dorința infantilă de a primi îngrijire într-o poziție de pasivitate de la o mamă care-i poate oferi orice ori de a fuziona simbiotic cu ea; însă aceasta nu este decât jumătate din poveste. Toate ființele umane, indiferent de sexul sau categoria lor diagnostică, aspiră la autonomie și competență. Presiunea internă înspre creștere este întotdeauna mai puternică decât dorința de a rămâne un copil disfuncțional; intervențiile terapeutice care implică faptul că pacienta nu vrea să crească eșuează în a înțelege că prețul creșterii ar putea fi destul de mare, incluzând declanșarea unei simptomatologii la alți membri ai familiei și amenințarea destrămării unor relații importante.

Mânia orală care le caracterizează pe femeile sever dependente nu derivă din faptul că nevoile lor de dependență excesive sunt frustrate; această mânie este, de fapt, asociată cu convingerea lor inconștientă că trebuie să continue să-și blocheze propria creștere de dragul protejării legăturilor de familie și al respectării loialităților și obligațiilor familiale. Teoria Sistemelor Familiale a demonstrat cu eleganță maniera în care rezistența la schimbare a unui pacient trebuie să fie înțeleasă în contextul puternicelor presiuni împotriva schimbării exercitate de familia guvernată de reguli, multigenerațională, și de sistemele culturale în cadrul cărora operează pacientul (Keeney, 1979). Această perspectivă este cu adevărat crucială în ce privește gestionarea terapeutică a dependenței feminine.

Deși mișcarea feministă a ajutat terapeuții să devină mai conștienți de eșecul lor de a supune confruntării comportamentul pasiv-dependent al femeilor, aici ne vom axa pe o eroare terapeutică de un alt ordin. Terapeuții își încurajează în mod frecvent pacientele să fie mai asertive sau independente fără a fi analizat înainte

funcţia adaptativă servită sau problema familială rezolvată de atitudinea dependentă a pacientei. Rezultatul neterapeutic este adesea un impas marcat de rezistenţă, în care pacienta se simte prinsă între terapeutul care o împinge spre schimbare şi mesajele familiale care o presează spre menţinerea homeostazei şi a nediferenţierii. În acest punct, tratamentul poate să meargă din rău în mai rău, terapeutul începând să confere o conotaţie negativă puternică nu doar dependenţei pacientei, ci şi rezistenţei sale la schimbare, ca şi cum această rezistenţă nu constituie decât o forţă contraterapeutică sau o reacţie transferenţială negativă, care trebuie eliminată prin intermediul interpretării. Impasul marcat de rezistenţă poate fi depăşit atunci când terapeutul are capacitatea de a evalua amănunţit toleranţa sistemului familial la schimbare şi de a aprecia funcţia servită în acest context de atitudinea dependentă a pacientei. Acest fapt necesită, printre alte lucruri, capacitatea de a decela cu atenţie realele reacţii ale altor membri ai familiei atunci când apare o situaţie de dezechilibru sistemic ca rezultat al încercării pacientei de a face paşi către un mai mare nivel de independenţă. Necesită, de asemenea, o translatare fenomenologică din partea terapeutului, pentru a-şi permite o poziţie autentic neutră, nereactivă emoţional şi caracterizată de respect cu privire la alegerea pacientei de a parcurge sau nu o schimbare.

În ce priveşte aspectele transferenţial-contratransferenţiale, mai există un punct de interes. Acelaşi terapeut care îşi încurajează prematur pacientele să fie mai asertive şi independente în cadrul relaţiilor lor familiale şi profesionale poate alimenta involuntar dependenţa în relaţia terapeutică (Bernardez-Bonesatti, 1976; Lerner, 1982). Terapeutul exasperat, care se plângea că „oricât de multe interpretări fac sau oricât de mult încerc s-o împing spre asta, tot nu devine asertivă faţă de soţul ei“, nu reuşise să realizeze situaţia de dublă constrângere evocată de injoncţiunea sa faţă de pacientă de a deveni asertivă în afara şedinţei şi de mesajul său descalificant că ar trebui să fie o „pacientă bună“ în cadrul relaţiei terapeutice, valorizându-i şi urmându-i cu supunere sfatul. Acesta interpretase cu acurateţe aspectele neadaptative ale refuzului pacientei de a se folosi de ajutorul său; însă eşuase în a înţelege componentele adaptative care însoţeau ceea ce încerca pacienta să realizeze prin transmiterea asertivă a dorinţei sale de a nu deveni asertivă. Ca rezultat al intervenţiilor terapeutului, pacienta a trecut de la o atitudine sfidătoare la una compliantă, în care şi-a inhibat exprimarea diferenţierii şi a încercat inconştient să-l facă pe terapeut să se simtă util şi important. În vreme ce terapeutul a privit această modificare drept o „îmbunătăţire“, pacienta găsise, de fapt, o formă de a-l împăca şi de a-i proteja narcisismul, în acelaşi timp rămânând la fel de blocată ca întotdeauna în propria

viaţă. Atunci când terapeutul a reuşit să privească într-o manieră pozitivă capacitatea pacientei de a nu fi de acord cu el şi când a reuşit să renunţe la sentimentul de responsabilitate pentru hotărârea pacientei cu privire la cât de dependent sau independent se va comporta în căsnicia sa, pacienta s-a simţit mai în siguranţă pentru a adopta o atitudine mai diferenţiată, atât în raport cu terapeutul, cât şi cu soţul ei.

Poate fi deosebit de dificil pentru terapeuţii bărbaţi să conştientizeze nivelul la care pacientele, asemenea eroinelor noastre din basme, funcţionează deficitar în cadrul şedinţei de terapie ca încercare inconştientă de a-l ajuta pe terapeut să se simtă sprijinit şi protejat (Lerner, 1982). Pacienta poate cultiva o atitudine neputincioasă, dependentă, de dragul terapeutului, sau poate provoca sub o altă formă o excesivă îngrijorare şi preocupare. A proceda altfel ar putea echivala cu o încălcare a unui jurământ de loialitate, a unei obligaţii sau a unui contract inconştient de a rămâne „aproape unul de celălalt“ prin funcţionarea deficitară. În acelaşi timp cu asocierea inconştientă a autonomiei şi separării cu neloialitatea, trădarea şi posibila pierdere, pacienta va testa în mod repetat în transfer nivelul la care terapeutul va alege s-o privească drept dependentă şi disfuncţională şi nivelul la care terapeutului îi sunt confortabile competenţa şi autonomia ei. Testele inconştiente pot lua o infinită varietate de forme. Uneori, acestea constau în rugămintea sau solicitarea de a i se oferi ceva, fără de care este, de fapt, îndeajuns de capabilă să se descurce. Acel „ceva“ poate fi o şedinţă în plus, un apel telefonic acasă, timp suplimentar la sfârşitul şedinţei sau o cerere de a se adresa unui alt specialist în perioada absenţei terapeutului. Este uşor ca terapeuţii să „pice“ testele îndeplinind cerinţele pacientei şi reproducând astfel un tablou familial disfuncţional de protecţie, solicitudine şi responsabilitate excesive, care se traduce pentru respectiva pacientă într-o recomandare sau o injoncţiune de a funcţiona deficitar. Terapeuţii îşi încurajează în mod comun pacientele să fie asertive faţă de soţii lor, în subsidiar recomandând un comportament compliant şi descurajând o atitudine provocatoare, independentă, care include exprimarea furiei şi a competitivităţii în cadrul diadei pacientă-terapeut. Natura incongruentă a unor astfel de intervenţii terapeutice trece adesea neobservată de pacientă, terapeut şi supervizor deopotrivă.

În loc de a încerca să ofere o examinare cuprinzătoare a subiectului multifaţetat şi complex al dependenţei feminine, acest capitol s-a axat pe un aspect care poate modifica semnificativ direcţia şi tonalitatea unui anumit tratament.

Femeile care sunt „blocate“ într-o poziţie pasiv-dependentă disfuncţională provoacă intervenţii cu tonalitate negativă, care nu fac decât să amplifice rezistența pacientei la schimbare și conduc la un rezultat terapeutic negativ. Prinși într-un asemenea impas, este posibil să fie deosebit de dificil pentru terapeuți să realizeze că experiența de sine și comportamentele pasiv-dependente ale unei femei sunt esențialmente un sacrificiu. Acest sacrificiu al competenței, clarității și creșterii nu poate fi înțeles în termenii gratificărilor sau ai beneficiilor secundare ale acestuia (deși ele pot fi prezente) și nici nu poate fi analizat cu succes numai în lumina proiecţiilor, dorinţelor infantile, anxietăţilor iraţionale, privărilor timpurii și reprezentărilor de obiect internalizate, distorsionate ale pacientei. Este important ca acest comportament al pacientei să fie analizat și înțeles în termenii presiunilor sistemelor familiale înspre homeostază, precum și ai flexibilității acestora de a tolera schimbarea; o conceptualizare sistemică a poziției dependente a pacientei permite o înțelegere a aspectelor adaptative și de loialitate ale comportamentului pacientei, precum și o înțelegere a modurilor în care poziția sa dependentă joacă un rol important în nevoile de autoreglare ale sistemului familial ca întreg. Înțelegerea semnificației sistemice a sacrificiului continuu al pacientei cu privire la creșterea personală este eficace atunci când are loc în contextul unei relații terapeutice care încurajează autonomia pacientei și care nu alimentează sau încurajează „apropierea“ dintre pacientă și terapeut pe baza poziției de funcționare deficitară a pacientei.

Referințe bibliografice

Andelin, H. (1980), Fascinating Womanhood, New York: Bantam.

Bardwick, J. (1971), Psychology of Women, New York: Harper & Row.

Bernardez-Bonesatti, T. (1976), „Unconscious beliefs about women affecting psychotherapy“, în North Carolina Journal of Mental Health, 7 (5): 63–66.

Bettelheim, B. (1976), The Uses of Enchantment, New York: Knopf.

Bowen, M. (1978), Family Therapy in Clinical Practice, New York: Jason Aronson.

Dahl, A. (1965), Always Ask a Man. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Dowling, C. (1981), The Cinderella Complex, New York: Simon and Schuster.

Keeney, B. (1979), „Ecosystemic epistemology: an alternative paradigm for diagnosis“, în Family Process, 18: 117–129.

Lees, H. (1957), Help Your Husband Stay Alive, New York: Appleton-Century-Crofts.

Lerner, H.G. (1974), „Early origins of envy and devaluation of women: implications for sex-role stereotypes“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 38 (6): 538–553.

_____ (1980), „Internal prohibitions against female anger“, în American Journal of Psychoanalysis, 40 (2): 137–148.

_____ (1978), „On the comfort of patriarchal solutions: some reflections on Brown’s paper“, în Journal of Personality and Social Systems, 1 (3): 47–50.

_____ (1982), „Special issues for women in psychotherapy“, în The Woman

Patient: Medical and Psychological Interfaces, vol. 3, coord. M. Notman şi C. Nadelson, pp. 273–286, New York: Plenum.

Miller, H. (1973), Psychoanalysis and Women, New York: Brunner Mazel.

Miller, J. (1976), Toward A New Psychology of Women. Boston: Beacon.

Pleck, J. şi Sawyer, J. (1974), Men and Masculinity. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Symonds, A. (1971), „Phobias after marriage: women's declaration of dependence", în American Journal of Psychoanalysis, 31 (2): 144–152.

Women On Words And Images (1972), Dick and Jane as Victims. Princeton, N.J.: Carolingian.

---

[28] Acest capitol are la bază o prezentare susţinută în mai 1982, în cadrul întrunirii anuale a Asociaţiei Americane de Psihiatrie din Toronto, Canada. A fost publicat iniţial în 1983 cu titlul „Female Dependency in Context: Some Theoretical and Technical Considerations", în American Journal of Othopsychiatry, 53(4): 697–705.

Capitolul 12

Inhibiții cu privire la carieră și la succesul profesional

Anxietatea și vinovăția pe care femeile le resimt cu privire la aspirațiile ambițioase și la exercitarea competenței sunt atât de frecvent întâlnite, încât sindromul „fricii de succes“ a devenit un termen de uz comun (Horner, 1972). Femeilor le este într-adevăr teamă că vor plăti scump pentru realizările lor. Acestea echivalează adesea succesul sau chiar și dorința de a-l atinge cu pierderea — pierderea feminității și a atractivității, pierderea relațiilor semnificative, pierderea sănătății sau chiar și pierderea vieții (Person, 1982). Următoarele rânduri ilustrează tocmai acest fapt:

Dna B., în vârstă de 38 de ani, nu reușea să progreseze cu teza pentru doctorat.[29] Timp de mai mult de o săptămână, a scris și rescris, fără succes, la partea de introducere. Într-o dimineață însă, s-a trezit cu o idee nouă și a început să reorganizeze materialul, avansând cu claritate și ușurință. Era entuziasmată cu privire la teză și că-și poate demonstra nivelul de competență și, pentru prima oară, se vedea capabilă să aducă o contribuție valoroasă în domeniul său.

În după-amiaza respectivă, a început să aibă dureri în piept și s-a temut că face un atac de cord. Când a venit la ședința din ziua următoare, mi-a relatat următoarele: „Știu că sună nebunește, dar am fost convinsă că totul s-a terminat. Și mi-am spus: «Păi, asta-ți trebuie. Asta ți-e pedeapsa. Asta meriți pentru c-ai încercat să-ți iei doctoratul»“.

Deși dnei B îi era în mod conștient frică să nu fie pedepsită pentru „păcatul“ pe care îl reprezenta ambiția sa, în general inconștientul este cel pe care îl vedem acționând. Sentimentele de depresie și de anxietate, precum și comportamentele de sacrificiu de sine și de autosabotare reprezintă maniere comune prin care femeile fie cer iertare pentru competența și succesul lor, pe de o parte, fie se asigură de lipsa acestora, pe de alta.

Terapeuţii de orientare psihanalitică au antecedente îndoielnice cu privire la ajutorul acordat femeilor pentru identificarea obstacolelor interne şi externe care le împiedică să atingă un nivel mai mare de realizări. Terapeuţii chiar exacerbează adesea anxietatea şi vinovăţia femeilor, prin intermediul întrebărilor şi interpretărilor care implică unele conotaţii negative ale dorinţelor ambiţioase şi competitive ale femeilor, ori consideră aceste dorinţe ca reprezentând aspiraţii masculine. Chiar şi terapeuţii feminişti comit erori de omisiune, neglijând identificarea şi analizarea inhibiţiilor cu privire la muncă ale pacientelor lipsite de capacitatea de a identifica astfel de inhibiţii ca fiind problematice.

O trecere în revistă a multitudinii de factori care contribuie la problemele profesionale întâmpinate de femei s-ar plasa în afara obiectivului pe care şi-l propune acest capitol. Pentru început, o asemenea enumerare ar include formulări intrapsihice şi psihodinamice (Applegarth, 1976; Nadelson, Notman şi Bennett, 1978; Person, 1982; Stiver, 1983; Krueger, 1984; Moulton, 1985); impactul negativ al stereotipurilor rolurilor de gen (Lerner, 1983; Krueger, 1984); realităţile discriminării şi ale lipsei de oportunităţi (GAP, 1975); impactul factorilor situaţionali şi contextuali care le afectează pe femei în cadre profesionale definite şi dominate de bărbaţi (Kanter, 1977; Stiver, 1983); structura şi împărţirea responsabilităţilor de parentaj (GAP, 1975); şi numeroase altele. O multitudine de factori — intrapsihici, familiali, instituţionali şi socioculturali — toţi contribuind la transformarea căii femeilor către împlinirea profesională într-una extrem de dificilă.

Pentru a oferi o formulare teoretică parţială a inhibiţiilor femeilor cu privire la muncă, mă voi axa pe un singur caz clinic, subliniind utilitatea intervenţiilor de orientare sistemică în cadrul tratamentului individual psihodinamic. Voi evidenţia, de asemenea, intervenţiile clinice cheie în procesul schimbării, în mod specific cele legate de dinamica relaţională din sistemul marital, sistemul familial nuclear şi sistemul familial multigeneraţional.

Exemplu clinic

Dna J. avea 30 de ani, era căsătorită cu un bărbat care se bucura de succes financiar şi avea o fetiţă de 2 ani. Motivul din spatele începerii unei psihoterapii

era o depresie persistentă, care debutase în urma naşterii fiicei sale. Deşi dna J. nu şi-a definit la început problema ca ţinând de drept de o dificultate de a avansa în carieră, acest subiect era deja de vreme îndelungată cauza disconfortului personal şi a tensiunii maritale.

În timpul primei noastre întâlniri, dna J. mi-a spus printre lacrimi că viaţa ei nu „ducea nicăieri“. Mi-a explicat că se simţea plictisită şi epuizată în poziţia de profesor suplinitor şi că se gândea adesea la a se întoarce la şcoala doctorală să-şi continue studiile masterale pentru a-şi creşte atât veniturile, cât şi oportunităţile în carieră. Cu toate acestea, în timpul etapei iniţiale a tratamentului, dna J. considera că miezul problemei îl constituia întru totul soţul său, care, în descrierea ei, refuza să-i acorde permisiunea de a lucra până la înscrierea fetiţei lor la grădiniţă. Dna J. îl descria pe acesta drept un „ strălucit dependent de muncă“ ce parcurgea cicluri repetitive de distanţare de familie şi dominare a acesteia.

Explorarea terapeutică a dezvăluit faptul că descrierea soţului dnei J. drept un tiran extrem de puternic ascundea frica ei subterană că acesta era un bărbat fragil narcisic, căruia i-ar fi dificil să tolereze competenţa ei şi chiar şi implicarea ei entuziastă în activităţi profesionale care l-ar exclude. Conformându-se dictatelor culturale, complementarităţii recomandate în căsnicie şi tiparelor caracteristice propriei familii de origine, dna J. se supunea cu docilitate unei funcţionări deficitare, lăsându-şi la o parte ambiţiile, pentru a-şi sprijini soţul şi a menţine o relaţie armonioasă.

Această dinamică, pe care am discutat-o în cadrul altor lucrări (Lerner, 1979, 1983, 1985), este omniprezentă în rândul femeilor şi îşi are deseori rădăcinile în aspecte ale fuziunii mamă-fiică şi ale distanţării aferente dintre tată şi fiică, precum şi în lipsa propriu-zisă a flexibilităţii sistemelor maritale, familiale şi culturale de a tolera schimbarea. Voi discuta pe scurt despre diada maritală, înainte de a trece la factori determinanţi mai timpurii ai inhibiţiilor dnei J. cu privire la muncă, legaţi de familia sa de origine.

Sistemul marital

Pe parcursul primei etape a tratamentului, am reușit să o ajut pe dna J. să-și depășească poziția extrem de bine consolidată de învinovățire a soțului, prin intermediul unei investigații sistemice care i-a permis dnei J. să identifice maniera în care propria inacțiune cu privire la reluarea studiilor servea la a-l proteja pe soțul său și la a menține unitatea (deși conflictuală) a căsniciei lor. Chiar dacă spațiul nu permite o descriere a travaliului de interpretare derivat dintr-un cadru sistemic (Lerner și Lerner, 1983), următoarele fragmente din terapie sunt exemple de investigare care au ajutat-o pe dna J. să-și asume responsabilitatea pentru propria problemă, astfel încât să fie capabilă să se gândească în mod conștient la impactul dezvoltării sale profesionale asupra căsniciei. Dintr-o perspectivă intrapsihică, o axare pe sistemele relaționale ar putea întări rezistențele prin continuarea evitării de către pacient a explorării dificultăților interne „reale“, dar acest lucru nu se întâmplă în practica propriu-zisă. Din contră, atunci când terapeutul poate să identifice cu atenție funcția adaptativă de menținere sistemică a „blocajului“ pacientului, rezistențele scad considerabil, permițând efectuarea unor pași rapizi către un nivel mai înalt de autoexplorare (Lerner și Lerner, 1983). Mai mult decât atât, fricile femeilor că propria creștere și propriile aspirații de autodefinire vor conduce la tulburarea, dacă nu chiar la destrămarea unei relații au la bază nu doar fantasma și proiecția, ci și regulile și rolurile reale din cadrul sistemelor relaționale în care se înscriu (Lerner, 1979, 1983, 1985).

Exemplu clinic

Ședința 3

Pacientă: Indiferent cât de mult mă cert cu Jonathan (dl J.) cu privire la reluarea studiilor de master, nu vrea să se răzgândească. (Pacienta continuă prin a critica stilul dominator și atitudinea misogină ale soțului.)

Terapeută: Cum îi înțelegeți convingerea puternică pe această temă?

Pacientă: Pur și simplu este foarte convins că, în ce-o privește pe Cara (fiica), ar trebui să aibă o mamă care să stea acasă…

Terapeută: Lăsând-o o clipă deoparte pe Cara, ce efect ar avea întoarcerea dumneavoastră la master și implicarea în dezvoltarea unei cariere asupra relației cu Jonathan?

Pacientă: Ce vreți să spuneți?

Terapeută: Păi, ați deveni mai apropiați sau v-ați îndepărta? V-ați certa mai des sau mai rar? Soțul dumneavoastră ar fi mulțumit sau s-ar simți amenințat? (Tăcere.) Cum ar influența modul în care sunteți împreună?

Pacientă: A, nu știu; probabil că n-ar aduce nicio diferență. (Râde nervos.) Probabil că i-ar plăcea pentru că n-aș mai sta pe capul lui, pisălogindu-l și plângându-mă tot timpul.

Terapeută: Dar ceilalți bărbați din familia lui Jonathan? Care dintre ei au soții cu cariere și care dintre ei au soții fără cariere?

Pacientă: Păi… mama lui a stat acasă. Sub nicio formă n-ar fi lucrat.

Terapeută: Și frații lui Jonathan?

Pacientă: Păi, fratele mai mic e însurat cu Claire, care ține contabilitatea pentru magazinul lor. Dar mai mult în sensul că „dă o mână de ajutor“. Fratele mijlociu a fost însurat cu o femeie care a făcut Dreptul, dar lucrurile n-au mers. Au divorțat anul trecut.

Terapeută: Deci, în familia soțului, singura căsnicie în care ambii parteneri aveau o carieră n-a mers?

Pacientă: Exact.

Ședința 5

Dna J. începe ședința printr-o descriere lungă și detaliată a încă unei bătălii care escaladase, pornind de la chestiunea școlii doctorale, invitându-mă să-l critic împreună cu ea pe Jonathan, care este portretizat ca nerezonabil și insuportabil.

Terapeută: Dumnezeule, sunteți cu siguranță experți în a vă bate cap în cap. Sună ca „Godzilla în luptă cu Tyrannosaurus Rex“. (Pacienta râde și se relaxează.) Dați-mi voie să vă pun o întrebare. Ce credeți că s-ar întâmpla dacă nu v-ați mai certa cu soțul și i-ați spune calm că este important pentru dumneavoastră să vă întoarceți la master și…

Pacientă: Mi-ar da o sută de motive pentru care n-aș putea.

Terapeută: Dar dacă nu v-ați certa cu el, de vreme ce știți din experiență că o ceartă nu duce nicăieri? (Pacienta râde.) Dacă ați putea să-i spuneți, fără să vă certați sau să-l criticați, că-i înțelegeți îngrijorarea în ce-o privește pe Cara, dar că studiile masterale sunt foarte importante pentru dumneavoastră — că v-ați tot chinuit să găsiți o soluție de multă vreme și că și dumneavoastră aveți sentimente amestecate cu privire la asta, dar că decizia dumneavoastră este de a merge mai departe cu ele? (Tăcere.) Dacă i-ați explica lui Jonathan că nu vă așteptați să-i placă decizia dumneavoastră sau s-o aprobe, dar că trebuie să faceți ce credeți că este cel mai bine pentru dumneavoastră în acest moment?

Pacientă: N-aș face niciodată, dar niciodată așa ceva. Nu-l cunoașteți pe soțul meu!

Terapeută: Aveți perfectă dreptate. Și nu sugerez că asta ar trebui să faceți. Vă pun aceste întrebări nu ca să vă împing să acționați, ci pentru că vreau să-mi fac o imagine mai clară cu privire la soțul dumneavoastră — cum ar putea reacționa la schimbările pe care le faceți și cum ați reacționa dumneavoastră la reacțiile lui. (Tăcere.) Deci, ce ar face sau ar spune Jonathan, efectiv, dacă i-ați face o asemenea declarație și i-ați transmite-o cu căldură — poate chiar cu iubire — fără să vă lăsați trasă înapoi în vechile certuri?

Pacientă: Păi, nu știu. (Pauză.) Cred c-ar leșina.

Terapeută: (Terapeuta râde.) Cum așa?

Pacientă: A, pentru c-ar fi atât de diferit, cred. Nu aș fi aceeași soție previzibilă, cicălitoare, dintotdeauna. (Pacienta râde.) Oricum, n-aș face niciodată așa ceva.

Terapeută: Și ce-ar face Jonathan după ce și-ar reveni din leșin? S-ar ridica de pe podea — și-apoi?

Pacientă: Nu știu; chiar nu pot să mă gândesc la asta. Cred că ar avea multe argumente și mi-ar da motive pentru care n-aș putea s-o fac.

Terapeută: Și dacă n-ați intra în vechea ceartă? Dacă i-ați respecta îngrijorările, dar v-ați susține în continuare decizia?

Pacientă: Păi, cred că atunci s-ar retrage. Asta face când se deprimă sau se-nfurie. Ar deveni pur și simplu distant și ursuz și probabil ar umbla prin casă îmbufnat.

Terapeută: Și dumneavoastră ce faceți când soțul devine îmbufnat?

Pacientă: Mă îmbufnez și eu și-apoi, de obicei, mă duc după el să-ncercăm s-avem o discuție. Încerc să-l fac să vorbească despre asta, dar atunci el se-nfurie mai tare că nu-l las în pace.

Terapeută: Dacă i-ați acorda puțin spațiu să stea îmbufnat fără să deveniți ostilă sau să vă certați cu el, cam cât timp presupuneți c-ar rămâne deprimat și îmbufnat?

Pacientă: Chiar n-aș ști ce să zic.

Terapeută: O săptămână? Două luni? Trei ani?

Pacientă: Păi, aș spune că poate două-trei săptămâni. Adică, nu cred c-ar deveni propriu-zis depresiv.

Terapeută: A fost Jonathan vreodată propriu-zis depresiv?

Pacientă: O dată, înainte să ne căsătorim, a fost logodit cu o altă femeie şi ea a rupt logodna, cred că înainte cu vreo lună de ziua în care trebuiau să se căsătorească. Atunci a devenit cu adevărat deprimat pentru că s-a internat în spitalul studenţesc, cred că pentru vreo săptămână. Dar după aceea a fost bine şi chiar nu ştiu prea multe despre asta.

Terapeută: Aţi spune că Jonathan are reacţii destul de intense la pierderi? Că pierderea sau separarea este o problemă serioasă pentru el?

Pacientă: Da, foarte. A avut multe pierderi în viaţă.

Terapeută: Dacă ar fi să vă întoarceţi la studiile de masterat şi să vă continuaţi cariera, asta ar fi o pierdere? S-ar putea ca Jonathan s-o resimtă ca pe-o altă pierdere?

Pacientă: Păi, nu ştiu. (Tăcere.) Cu siguranţă c-ar fi o pierdere a veşnicei lui soţii nesuferite, cicălitoare! (Pacienta râde.) Păi, cred că… adică, sunt sigură că s-ar descurca. Nu cred că s-ar prăbuşi de-a dreptul. Adică, nu cred că am ajunge să divorţăm sau ceva de genul ăsta.

Fragmentele de dialog de mai sus ilustrează procesul clinic timpuriu, în care am căutat să aduc la lumină convingerile şi observaţiile dnei J. cu privire la maniera în care paşii ei de apropiere sau de distanţare de studiile masterale l-ar afecta pe soţul său şi relaţia lor maritală. În parte drept consecinţă a acestui tip de investigare, atitudinea rigidă de externalizare a dnei J. a început treptat să se diminueze.

Şedinţa 15

Pacientă: Ştiţi, aseară m-am trezit certându-mă iar cu Jonathan şi pur şi simplu am avut o senzaţie de totală neajutorare — sau poate de pierdere a speranţei — că asta ar putea să continue la nesfârşit. Adică, în momentul în care va începe Cara şcoala, probabil că vom avea un alt copil pe drum şi va fi acelaşi lucru. Şi eu o să fiu tot acolo, urlând la el, spunând aceleaşi lucruri pe care le-am spus

mereu și voi fi pur și simplu la fel de blocată ca întotdeauna. (Autodescrierea dnei J. ca fiind „blocată“ reprezintă o modificare semnificativă față de poziția sa inițială de culpabilizare.)

Terapeută: Ei bine, e clar că vă confruntați cu o dilemă foarte dificilă — o dilemă care nu are o soluție ușoară sau nedureroasă.

Pacientă: La ce vă referiți?

Terapeută: Bănuiesc că, dacă mergeți mai departe cu studiile de master, ați putea să vă simțiți destul de vinovată și de nesigură. O asemenea acțiune ar putea să vă facă să vă simțiți neloială față de soțul dumneavoastră și ați putea fi îngrijorată în legătură cu felul în care ar reacționa Jonathan la o atât de mare schimbare. Am văzut amândouă cât de sensibilă sunteți la suișurile și coborâșurile lui Jonathan și cum vă certați cu el atunci când începe să vă îngrijoreze posibilitatea ca el să intre într-o depresie. (Această interpretare avea la bază informațiile adunate din alte ședințe și a fost ulterior pusă în legătură cu rolul pacientei în propria familie de origine, ca salvator al mamei sale.) Pe de altă parte, dacă veți continua să vă sacrificați propriile ambiții și țeluri, s-ar putea să țineți barca maritală pe ape liniștite, dar cu prețul amărăciunii, resentimentului și depresiei.

Pacientă: (Tăcere.) Păi, da, știu asta. Nu-i nimic nou. Doar asta m-a și adus aici de la bun început. (Tăcere.) Știu că sute de alte femei au aceeași problemă. Adică, e, de fapt, o problemă comună.

Terapeută: Cred că se poate spune că nu sunteți prima femeie din secolul XX care să se confrunte cu o asemenea dilemă. (Pacienta râde.) Faptul că știți că nu sunteți singură și că aveți motive pertinente să vă confruntați cu această problemă v-ajută să vă simțiți mai bine cu privire la situația dumneavoastră?

Pacientă: Da, chiar da. Dar tot nu știu ce să fac. Mi se pare că tot ar fi rău, oricum aș face.

Terapeută: Ei bine, ce fel de rău preferați? Preferați să vă puneți pe primul loc și să vă simțiți egoistă și vinovată? Sau preferați să vă sacrificați prioritățile și țelurile personale și să vă simțiți deprimată și plină de înverșunare?

Pacientă: (Pacienta zâmbește.) Cu siguranță a doua variantă. Ei, mă rog, nu știu. Adică, a doua e mai familiară. (Tăcere.) Dar ce mă gândesc e că dacă merg

mai departe cu studiile de master și nu-mi place sau poate nu mă descurc bine…

Terapeută: Păi, bănuiesc că un avantaj al continuării veșnicelor certuri cu Jonathan e că n-ați avea niciodată șansa să vă testați puterile în lumea aceea. Întoarcerea la școală v-ar supune la un test, nu?

Pacientă: Întotdeauna m-am descurcat bine la școală. N-am de ce să-mi fac griji. Dar a trecut ceva vreme. (Tăcere.) Uneori mi-e teamă că tot timpul ăsta petrecut acasă cu Cara mi-a transformat creierul în câlți — cum se spune, „dacă nu-l folosești, îl pierzi“. (Pacienta continuă să vorbească despre îndoielile de sine și anxietățile cu privire la obținerea unui titlu academic mai înalt.)

Succesiunea ulterioară a evenimentelor este previzibilă; anume, dacă terapeutul reușește să ajute o pacientă să conștientizeze și să-și poată exprima îngrijorarea cu privire la impactul dezvoltării sale asupra căsniciei (și a altor relații importante), pacienta însăși va începe să-și lărgească perspectiva și să-și examineze propria anxietate legată de schimbare. Pe de altă parte, o interpretare care conferă o conotație negativă preocupării pacientei cu privire la obstacolele externe ar putea amplifica rezistențele și împiedica înțelegerea comună a puternicelor interdicții subterane împotriva schimbării care caracterizează sistemele în cadrul cărora operează multe femei. Atunci când se confruntă cu alegerea (fantasmată sau reală) între sacrificiul de sine în scopul menținerii unei relații și consolidarea sinelui cu riscul amenințării unei relații, femeile adesea aleg prima variantă. În cazul dnei J., soțul său chiar a devenit depresiv și simptomatic odată ce ea a renunțat la certuri și a pornit cu viteză maximă înspre îndeplinirea planurilor de carieră. În mod previzibil, un nou nivel de conflict marital a luat naștere pe măsură ce dna J. a lăsat în urmă rolul partenerei cicălitoare și nesuferite, dar conformiste, și a început să acționeze la un nivel mai înalt de asertivitate și diferențiere. Dna J. a reușit să se descurce bine pe scena maritală ca urmare a travaliului terapeutic axat pe familia sa de origine.

Diada mamă-fiică pusă în context

Investigarea inițială cu privire la cum reacționaseră membrii familiei la ambițiile și realizările pacientei a condus la o axare aproape exclusivă asupra mamei văduve a dnei J., Lillie. Conform spuselor pacientei, mesajele contradictorii ale lui Lillie legate de realizările fiicei sale erau surprinse de versurile următoarei balade populare, pe care dna J. o ținea în portofel.

Mamă, pot să merg la scăldat?

Da, draga mea fată,

Agață-ți hainele de creanga unui nuc

Și nu te-apropia de apă.

Din relatările dnei J., atitudinile ambivalente ale mamei sale erau foarte ușor de identificat. Mama sa obișnuia tot timpul să-i spună „Fii independentă!“ — dar, apoi, mesajul contradictoriu era „Fii ca mine!“ sau chiar „Fii pentru mine!“ Lillie îi comunica „Fii de succes!“, iar apoi ignora sau submina în mod subtil succesele fiicei. Așa cum explica dna J., „Când am absolvit facultatea încununată de lauri, pe mama a apucat-o o migrenă și a lipsit de la ceremonie. Când i-am spus că mă gândesc să fac un masterat, mi-a povestit despre fiica unei prietene care tocmai intrase la medicină. Acum nu-i mai spun nimic. Chiar nu vrea s-audă nimic despre asta“.

Subiectul este unul familiar, dacă nu chiar universal. O mamă care a fost blocată în propria dezvoltare și creștere poate ignora sau devaloriza competența fiicei sale sau poate face chiar opusul, încurajându-și fiica să fie un copil „special“ sau „înzestrat“, de ale cărui succese mama se va bucura indirect. Pe parcursul etapei de început a tratamentului, dna J. nu avea capacitatea de a reflecta cu deschidere

psihologică asupra relației cu mama sa nici măcar într-o mică măsură, din cauza intensității reactivității sale emoționale. Pacienta era blocată într-o poziție rigidă, de culpabilizare a mamei sale, similară cu atitudinea pe care o avea față de soțul său. Această poziție foarte puternic consolidată avea rolul de a ține timpul pe loc și a menține o legătură fuzională, ostil-dependentă, între mamă și fiică. Întrucât nivelul de diferențiere într-o relație maritală este același cu cel atins în cadrul familiei de origine a persoanei, paralelele cât se poate de evidente între relația pacientei cu mama sa și aceea cu soțul nu erau nicidecum surprinzătoare. Tiparul marital al dnei J. de alternare între culpabilizare și înțelegere oglindea aspecte ale relației cu mama sa, cu care se certa și, în același timp, pe care o proteja prin sacrificarea creșterii sale personale.

Dacă nu ar fi fost direcționată, dna J. ar fi petrecut nesfârșite ședințe de terapie recitând rechizitoriul mamei sale, astfel invitându-mă să formăm un triunghi în care apropierea pacientă-terapeută ar fi operat în detrimentul mamei sale, Lillie (ca și Jonathan) aflându-se în rolul de străin sau țap ispășitor. Dna J. prezenta rezistențe și la examinarea propriei contribuții la menținerea acestor interacțiuni, agățându-se de percepția că mama sa (din nou, ca și soțul) îi „cauzase“ suferințele și problemele (o perspectivă împărtășită, din păcate, de nenumărați terapeuți). Ca și în cadrul căsniciei, mânia pacientei era în parte o consecință a sacrificiilor făcute de ea însăși pentru a menține fuziunea cu mama sa și, astfel, de a-și feri mama de sentimentele de invidie și competiție pe care le-ar fi putut trăi. Dna J. se temea nu doar că soțul său, ci și mama sa ar fi rănită și amenințată de succesul ei. În plus, experiența (inițial inconștientă a dnei J.) cu privire la mama sa era că aceasta era o persoană geloasă, neîmplinită, care ar deveni și mai păgubită și mai depresivă dacă fiica ei ar atinge un nivel mai înalt de autonomie și dezvoltare profesională.

Asemenea multor femei, dna J. adoptase o soluție de compromis la provocarea dificilă a diferențierii, transferând dependența de mamă asupra soțului. „Separarea“ financiară și psihologică pe care dna J. o asocia cu un nivel mai mare de implicare profesională o înspăimânta pentru că punea la încercare vechea fuziune mamă-fiică și activa frici inconștiente cu privire la pierderea acestei legături importante. În cadrul unor lucrări anterioare (Lerner, 1979, 1980) am discutat în mod amănunțit despre această temă, descriind dificultățile specifice pe care fiica le poate întâmpina în exprimarea statutului său separat și a diferențierii în raport cu mama. Asemenea dificultăți nu ar trebui reificate drept aspect „natural“ sau inerent al relației mamă-fiică, întrucât ce se observă în contextul clinic sunt distorsiuni ale acestei legături, derivând din tipare familiale

şi culturale disfuncţionale. Sunt, de asemenea, semnificative dificultăţile particulare întâmpinate de generaţia de femei adulte din care face parte dna J. atunci când luptă să devină mai ambiţioase şi mai centrate pe sine, astfel punând la încercare o lungă tradiţie de altruism, sacrificiu de sine şi supunere feminine (Chernin, 1985).

Nivelul profund de anxietate şi vinovăţie este moştenirea femeilor care încearcă să dobândească ceea ce n-au putut dobândi generaţiile anterioare de femei; asemenea reacţii merită cea mai atentă explorare terapeutică. Travaliul psihodinamic axat într-o manieră limitată numai pe fenomene transferenţiale şi pe interpretarea dramei internalizate cu mama preoedipiană sau oedipiană nu este nici suficient, nici îndeajuns de eficace pentru a le ajuta pe femei să identifice şi să depăşească imensa vinovăţie (adesea ascunsă sub furie şi culpabilizare) care le împiedică de la o implicare neconflictuală în propria carieră. În paginile care urmează, mă voi axa selectiv pe arii ale intervenţiei clinice legate de un fenomen pe care l-am denumit vinovăţie multigenerațională, acordând o atenţie specială modului în care pacientele pot fi ajutate să abordeze chestiuni emoţionale importante chiar la sursa acestora — şi anume cu membrii propriei familii nucleare şi extinse a pacientei.

Vinovăția multigenerațională

În spatele nemulţumirii cronice a dnei J. în privința mamei sale se ascundeau o mare adâncă de vinovăţie şi un puternic sentiment de loialitate familială care bloca drumul pacientei către împlinirea profesională de sine. Această vinovăţie, inaccesibilă conştient la începutul tratamentului şi neanalizabilă în termenii psihanalitici obişnuiţi, era asociată cu sentimentul vag al pacientei în ceea ce privea greutăţile, privaţiunile şi năzuinţele neîmplinite trăite de generaţiile anterioare de femei din familia sa. Vinovăția transgenerațională este una deosebit de intensă în situațiile în care părinții sau bunicii au fost imigranți — un eveniment traumatic care implică o pierdere masivă în plan relațional și perturbarea legăturilor emoționale, care constituie factori organizatori în identitățile și viețile femeilor.

Femeile contemporane care luptă pentru a intra într-o lume care fusese, pentru mamele lor, o lume a bărbaţilor se confruntă, deloc surprinzător, cu dificultăţi atunci când încearcă să se desprindă de vechile tipare. Îmbrăţişarea privilegiilor şi provocărilor care le separă de tradiţiile feminine ale trecutului nu constituie o sarcină uşoară ori lipsită de conflict pentru aceste femei. Ce merită însă o atenţie terapeutică specială este maniera în care pot fi ajutate femeile să adune date despre propriile istorii multigeneraţionale, astfel încât să înceapă să formuleze o perspectivă mai clară cu privire la anxietatea şi vinovăţia legate de muncă în acest context. Acest fapt necesită un travaliu terapeutic lent şi atent, din cauza intensei rezistenţe a pacientelor de a se reconecta cu membrii familiilor lor pentru a aduna date cu privire la viețile acestora; nivelul de anxietate este direct proporţional cu nivelul de fuziune (sau cu opusul acesteia, distanţa şi dezangajarea) din relaţiile familiale.

Utilizând tehnici de investigare din Teoria Sistemelor Familiale Bowen (Bowen, 1978; Kerr, 1981), am întrebat-o pe dna J. despre familia ei, permiţându-i treptat să părăsească o poziţie liniară de culpabilizare a mamei sale şi să adopte o abordare mai reflexivă cu privire la contextul în care subiectul realizărilor şi al carierei devenise un „subiect fierbinte“ între ele. Pe parcursul primului an de psihoterapie, pacienta părea să aibă efectiv o reacţie alergică la propriul istoric

de familie. Următorul fragment ilustrează acest fapt:

Ședința 20

Pacientă: Mama mea este pur și simplu uimitoare… adică, pur și simplu nu mi-a recunoscut niciodată meritele, indiferent de situație. Săptămâna trecută am fost suplinitoare la o clasă și am avut din senin o mare inspirație. Copiii de obicei urăsc profesorii suplinitori, dar am inventat un joc prin care să-i învăț gramatică, iar lor le-a plăcut la nebunie. (Pacienta continuă prin a descrie o abordare extrem de creativă și inovatoare.) Oricum, în seara aceea m-a sunat mama și i-am povestit despre asta. Am menționat că, dacă m-aș întoarce la master, poate aș reuși să scriu o disertație pe acest subiect și chiar să dezvolt ideile. Așa că știți ce-a făcut? A schimbat subiectul. A-nceput imediat să vorbească despre cum sora mea iar e în depresie.

Terapeută: Și-atunci ce i-ați spus?

Pacientă: Am lăsat-o baltă. E imposibil. Nu vreau să mă pun într-o poziție în care să fiu insultată.

Terapeută: Acesta este tiparul tipic atunci când se ivește acest subiect? Mama dumneavoastră reacționează prin a lua distanță și-apoi vă distanțați și dumneavoastră?

Pacientă: Am învățat în urmă cu multă vreme să renunț, pur și simplu. (Pacienta elaborează îndelung pe marginea insensibilității și naturii critice a mamei sale.)

Terapeută: Care este perspectiva dumneavoastră asupra reacției mamei? (Tăcere.) Cum înțelegeți faptul că împărtășirea entuziasmului cu privire la profesie nu este un subiect inofensiv, neutru?

Pacientă: Nu știu. N-am nici cea mai mică idee.

Terapeută: Ce știți despre familia mamei care ar putea să vă ofere o perspectivă cu privire la reacția ei?

Pacientă: Păi, pur și simplu nu știu. Doar e critică la adresa mea. Nu m-a tratat niciodată ca și cum aș avea prea multe la capitolul creier. (Pacienta arată cu degetul către cap.)

Terapeută: Cum reacţiona bunica (maternă) la realizările mamei și la competența și abilitățile ei?

Pacientă: Cine știe? Știu doar că se certau des.

Terapeută: Mama dumneavoastră crede că ea are multe la capitolul creier, în ochii mamei și ai tatălui ei?

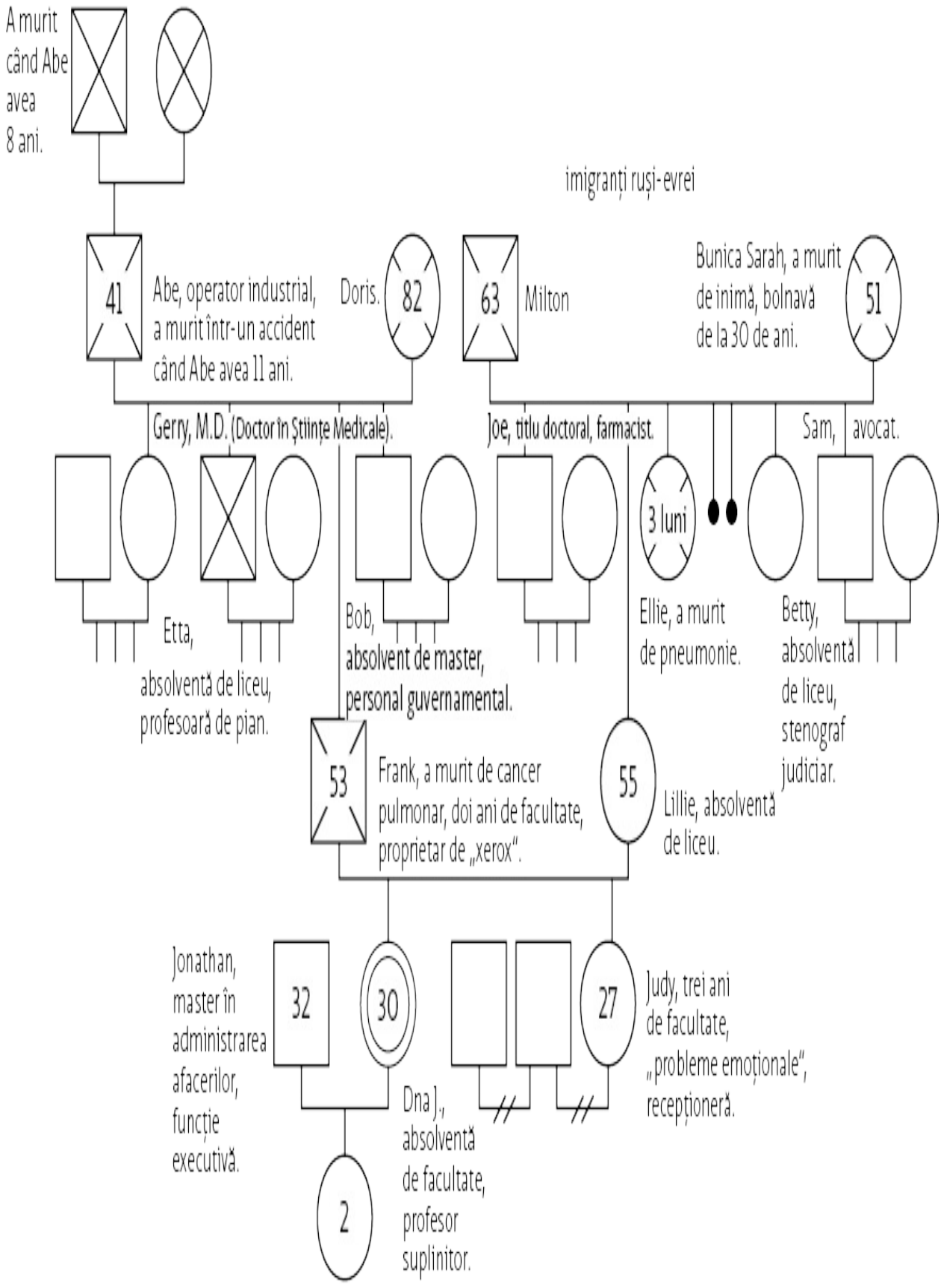
Pacientă: Nu știu — numai frații ei au mers la facultate, fetele, nu. Chiar nu știu nimic în legătură cu asta sau despre cum o vedea bunica pe mama, în termeni de creier și lucruri de genul ăsta.

Terapeută: Mama dumneavoastră ar fi vrut să-și continue studiile, dacă acest lucru ar fi fost posibil pentru ea?

Pacientă: Mă îndoiesc. Nu știu. Nu vorbim despre lucruri din astea. Și nici n-aș vorbi cu ea despre asta. Nu vorbim despre lucruri. N-o cunoașteți pe mama mea.

De fapt, dna J. însăși n-o cunoștea pe mama sa. Numai lent, de-a lungul timpului, pacienta a reușit să o perceapă pe Lillie ca o persoană separată, ale cărei comportament și reacții puteau fi înțelese în contextul propriei sale familii. Acest lucru a avut loc prin utilizarea unei genograme (vezi Diagrama 1) și prin continuarea investigării cu privire la familia extinsă, conform bine dezvoltatei Teorii a Sistemelor Familiale Bowen (Bowen, 1978; Kerr, 1981).

Diagrama 1: genograma familiei dnei J.


A murit când Abe avea 8 ani.
imigranți ruși-evrei
41
Abe, operator industrial, a murit într-un accident când Abe avea 11 ani.
Doris.
82
63
Milton
Bunica Sarah, a murit de inimă, bolnavă de la 30 de ani.
51
Gerry, M.D. (Doctor în Științe Medicale).
Joe, titlu doctoral, farmacist.
Sam, avocat.
3 luni
Etta, absolventă de liceu, profesoară de pian.
Bob, absolvent de master, personal guvernamental.
Ellie, a murit de pneumonie.
Betty, absolventă de liceu, stenograf judiciar.
53
Frank, a murit de cancer pulmonar, doi ani de facultate, proprietar de „xerox".
55
Lillie, absolventă de liceu.
Jonathan, master în administrarea afacerilor, funcție executivă.
32
30
27
Judy, trei ani de facultate, „probleme emoționale", recepționeră.
Dna J., absolventă de facultate, profesor suplinitor.
2

Familia mamei

Mama dnei J. era al doilea copil și prima fiică a unui cuplu de imigranți ruși-evrei, pentru care educația fiilor a fost principala prioritate. Intrarea lui Lillie în familie a fost urmată de pierderea unei fetițe nou-născute din cauza unei pneumonii și de două pierderi de sarcină succesive, înainte de nașterea celor doi frați care au supraviețuit. Atunci când dna J. și-a mobilizat curajul de a vorbi cu mama ei în loc de a reacționa față de ea și nimic mai mult, a aflat nu numai despre impactul acestor pierderi, ci și faptul că, fiind fiica cea mai mare, considerabilele competențe și simț al responsabilității deținute de Lillie au fost investite în îngrijirea fraților și surorii sale. Lillie a avut un rol matern semnificativ în timpul propriilor ani de creștere și a relatat că și-l asumase de bunăvoie și fără să protesteze, parțial ținând locul propriei mame, care avusese o sănătate șubredă în cea mai mare parte a vieții sale adulte. Deși Lillie a absolvit liceul a doua din clasă, resursele financiare erau precare și numai băieții au putut merge la facultate, cu ajutorul lui Lillie, care a contribuit la susținerea studiilor fraților săi din propriile venituri.

Pe măsură ce dna J. a început să privească relația cu mama sa într-o perspectivă mai largă, a început să reflecteze mai mult cu privire la dilema sa profesională și la opțiunile pe care le avea la dispoziție. După zece luni de psihoterapie, dna J. devenise mai calmă și mai asertivă în căsnicia sa și a completat cu entuziasm un formular de înscriere la master. Însă odată acceptată de universitate, anxietatea sa a explodat și s-au reinstaurat temporar vechile tipare de certuri neproductive cu soțul și retragere rece în raport cu mama sa, ambii reacționând, de asemenea, cu anxietate la noua hotărâre luată de dna J. și la nivelul mai înalt de asertivitate pe care îl manifesta. Conform relatărilor sale, soțul a devenit mai preocupat de muncă în detrimentul familiei, iar mamei i s-a amplificat preocuparea îngrijorată la adresa surorii mai mici a dnei J. În acest punct, am întrebat-o pe dna J. care ar fi avantajele și dezavantajele unei discuții deschise și directe cu mama sa cu privire la propriile frici ale pacientei în legătură cu masterul. Din experiența mea clinică, un astfel de dialog servește la detoxificarea unui conflict subteran în cadrul sistemului relațional, unde este mai intens nuanțat de proiecții reciproce. În mod previzibil, reacția pacientei a fost una negativă.

Ședința 46

Pacientă: Nu i-aş spune niciodată mamei problemele mele. N-are niciun rost. Mama n-o să se schimbe.

Terapeută: Aş fi cu siguranţă de acord că n-ar avea niciun rost să încercaţi s-o schimbaţi pe mama. Sunt în domeniul ăsta de mult timp şi n-am reuşit niciodată să schimb mama nimănui. (Pacienta râde.) Mă refeream la cum ar fi pentru dumneavoastră să reuşiţi să-i clarificaţi o problemă importantă cu care vă confruntaţi.

Pacientă: Ce problemă?

Terapeută: Că, în ce priveşte studiile de master, o parte din dumneavoastră spune „Hai!“ şi cealaltă parte spune „Stai!“. Că, atunci când vine vorba de ce ţine de carieră, vă simţiţi destul de blocată de multă vreme.

Pacientă: Dacă i-aş spune, ar deveni defensivă şi ar crede că o învinuiesc că a făcut ceva rău.

Terapeută: Aţi punctat bine. Dacă i-aţi spune limpede că asta este problema dumneavoastră — că i-o împărtăşiţi pentru a-i spune ceva important despre dumneavoastră şi poate pentru a-i cere părerea cu privire la asta?

Pacientă: Mi-ar spune ce să fac, cum face cu Judy (sora mai mică a dnei J.). Ar face pe terapeuta şi o terapeută e mai mult decât suficient. (Terapeuta râde.)

Terapeută: Deci, mama dumneavoastră este genul de persoană care vrea să le rezolve pe toate? (Pacienta zâmbeşte şi dă din cap afirmativ.) Atunci când aveţi o problemă, devine anxioasă şi vine repede să vă salveze sau să vă dea sfaturi?

Pacientă: Exact. Şi ultimul lucru de care am nevoie sunt sfaturile ei sau ca ea să-şi facă griji din cauza grijilor mele.

Terapeută: Şi-apoi v-aţi face griji că-şi face griji că vă faceţi griji? (Pacienta râde.) Deci, este ca şi cum când pe una o mănâncă, cealaltă se scarpină… (Pacienta mă întrerupe pentru a da exemple cu privire la intruziunea mamei ei.)

Terapeută: Dacă aţi reuşi să-i spuneţi mamei că nu-i cereţi sfaturi — nici măcar sfaturi bune —, ci că sunteţi mai interesată de a afla părerea ei despre cum alte femei din familie s-au luptat cu dileme asemănătoare, incluzând-o pe ea însăşi, s-au luptat să găsească un echilibru între responsabilităţile familiale şi propriile ţeluri personale?

Pacientă: Asta este pur şi simplu ceva ce n-aş face niciodată.

De-a lungul următoarelor câteva luni de psihoterapie, nu am încurajat-o pe pacientă să acţioneze, dar am continuat totuşi să explorez şi să analizez aspecte legate de fuziunea mamă-fiică, precum şi aspectul aferent interdicţiilor interne ale dnei J. de a-i împărtăşi mamei partea sa vulnerabilă, dependentă sau de funcţionare deficitară. Mai târziu, am încercat să-i sugerez că ar putea exista unele avantaje pentru ea dacă ar reuşi să se definească mai clar în propria familie de origine şi dacă şi-ar putea împărtăşi în mod deschis dificultăţile emoţionale importante. Întrucât pacienta avea acum o atitudine mai puţin reactivă şi mai reflexivă cu privire la relaţionarea cu mama sa, i-am împărtăşit şi ideile mele (derivate din descoperirile clinice ale teoriei sistemelor familiale) referitoare la cum ar putea-o aborda pe mama sa. Faptul că utilizez coachingul de tip Bowen în cadrul travaliului psihodinamic îşi are originile în convingerea mea că proiecţiile şi reprezentările de obiect interne distorsionate nu pot fi complet soluţionate în cadrul relaţiei transferenţiale; în schimb, rezolvarea unor asemenea dificultăţi necesită un considerabil lucru direct în cadrul sistemului familial, incluzând ajutorul acordat pacientului pentru a aduna date familiale legate de conflicte semnificative şi, ulterior, pentru a se reconecta cu membri ai familiei în legătură cu aspecte emoţionale importante.

Deşi noul comportament al pacientei faţă de mama sa s-a dovedit a fi unul dintre cele câteva puncte de cotitură însemnate ale terapiei, anumite interacţiuni nu ar fi putut avea loc la începutul tratamentului. Numai odată ce pacienta dobândise o destul de mare înţelegere a tiparelor familiale şi a propriei contribuţii la acestea a devenit posibil s-o abordeze pe mama sa într-o manieră calmă, care să nu

conducă la escaladarea nivelului de anxietate deja ridicat dintre cele două.

Cu ajutorul terapiei, dna J. a inițiat pentru prima oară o discuție cu mama sa cu privire la problema sa profesională. Dna J. a validat-o pe Lillie drept o femeie care-și putea ajuta fiica împărtășindu-i acesteia mai multe despre ea însăși. Dna J. i-a spus: „Știi, mamă, m-am tot certat cu Jonathan în legătură cu povestea cu masterul, dar încep să realizez că și eu am sentimente contradictorii în privința asta. Vreau să merg mai departe și să am cea mai bună carieră posibilă, dar cred că sunt și speriată de moarte. Nu-ți cer răspunsuri sau sfaturi, pentru că trebuie să-mi iau singură deciziile în cele din urmă. Dar m-ar ajuta foarte mult să știu mai multe despre părerea și experiența ta“. Pacienta a întrebat-o pe mama sa dacă se confruntase vreodată cu o problemă asemănătoare, cum găsiseră alte femei din familie un echilibru între profesie și familie și dacă mama sa avea vreo idee cu privire la problema dnei J.

În conversații ulterioare, dna J. a pus și mai multe întrebări despre familia mamei, pentru a culege informații suplimentare despre importanta temă legată de femeile din generațiile anterioare și profesie.

• Cum au reacționat mama și tatăl tău față de abilitățile și realizările tale?

• Erai văzută ca inteligentă în familia ta?

• Dar sora ta?

• Te-ai gândit vreodată să mergi la facultate?

• Ce atitudine au avut părinții tăi în privința asta?

• Dacă ți-ai fi început o carieră de timpuriu în viață, care-ar fi fost prima ta alegere?

• Crezi c-ai fi avut succes în domeniu?

• Ce te-ar fi putut împiedica?

• Cum s-a hotărât ca frații tăi să meargă la facultate, iar tu, nu?

• Cum te-ai simțit în legătură cu asta?

• Cum a fost pentru tine să ai atâta responsabilitate în familie în anii de creștere?

• Bunica avea vreun talent sau vreun țel deosebit?

Dna J. a fost surprinsă de ardoarea din ce în ce mai mare cu care mama îi povestea despre trecutul ei. Din experiența mea, membrii familiei, incluzându-i pe cei mai disfuncționali părinți, de obicei își doresc să-și împărtășească experiențele dacă pacientul este primul care își mărturisește o dificultate curentă și își exprimă o dorință sinceră de a afla mai multe despre cum au trăit și au gestionat alți membri ai familiei probleme similare. Lillie i-a dezvăluit fiicei sale că își dorise cândva din toată inima să devină profesoară de engleză, dar acest țel fusese eclipsat de responsabilitatea față de alții din familia sa de origine și, mai t-ârziu, din cea de-a doua familie. I-a mai spus fiicei sale și că mama sa, bunica Sarah, fusese o croitoreasă talentată, care visase până la sfârșitul vieții să-și deschidă un mic atelier, deși era conștientă de imposibilitatea acestui vis. Bunica vânduse câteva obiecte vestimentare de-acasă, iar Lillie păstrase câteva dintre creațiile bunicii, pe care i le-a arătat fiicei sale pentru prima oară. Dna J. a mai aflat și că ea (dna J.) era singura femeie căsătorită din partea de familie a mamei (incluzând verișoarele) care încerca să obțină un titlu postuniversitar.

Cred că pacienta simțise toate aceste lucruri într-o manieră vagă, preconștientă, dar impactul faptului de a discuta despre ele în mod deschis cu mama sa a constituit un punct crucial în procesul de schimbare. Inițial, dna J. a dobândit o înțelegere orientată spre realitate și empatică a atitudinii ambivalente a mamei sale cu privire la ambițiile și realizările sale, care-i aminteau mamei de ceea ce ea și mama ei (Sarah) nu au putut avea. Această înțelegere nu constituia doar o sarcină intelectuală, ci reprezenta mai degrabă un pas anxiogen înspre o mai mare diferențiere, dna J. începând s-o perceapă pe Lillie ca pe un „altul“, o persoană separată și diferențiată, cu o istorie personală proprie. Dna J. a început ulterior să resimtă o vinovăție și o „depresie ciudată“ anterior neconștientizate, asociate cu ambițiile personale și eforturile de autodefinire, pe măsură ce femei-cheie din arborele său de familie deveneau pentru ea persoane reale, ale căror vieți, mult mai dificile decât a ei, abia începea să și le imagineze. Pacienta a realizat și mai bine cât de stresant este să fii deschizător de drumuri. După un an și jumătate de terapie, dna J. a comentat: „Nimeni de-aici (arătând către partea de

genogramă a mamei) nu a avut și-o familie, și-o carieră reală, de câteva sute de ani. De ce-ar trebui eu să fiu prima?“ Am fost de acord cu ea că era dificil să fie deschizătoarea de drumuri fără a-și exprima regretul față de femeile importante care au existat înaintea ei.

În acest punct al tratamentului, dna J. își începea primul an de master. Îi era însă dificil să-și permită să se bucure de studii. Ca urmare a unei întâlniri cu un profesor care i-a spus dnei J. că lucrarea ei trimestrială extrem de interesantă va fi distribuită colegilor săi, dna J. a avut un episod potențial grav de trecere la act (a trecut cu viteză pe culoarea roșu a semaforului). Am interpretat acest act de autosabotaj drept o reflexie a vinovăției dnei J. (și a fricii inconștiente aferente de stârnire a invidiei altora) și drept un efort de a cere iertare generațiilor anterioare de femei. Am încercat să-i sugerez să-i împărtășească acest conflict mamei sale și i-am explicat că împărtășirea cu deschidere a unei probleme direct de la sursă, prin comparație cu trecerea inconștientă la act, ar putea s-o ajute să avanseze cu mai mare claritate și reflecție înspre soluționarea dilemei sale. Am ajutat-o și să-și limpezească gândurile în legătură cu modul în care i-ar putea împărtăși mamei propria problemă fără a-i transmite acesteia că o considera pe Lillie responsabilă pentru ea.

Poate că momentul cel mai curajos parcurs de dna J. în timpul celor trei ani de lucru împreună a fost acela în care a reușit să detoxifice aspectul competiției mamă-fiică într-o manieră directă, dar lipsită de culpabilizare. Conform relatărilor pacientei, cuvintele ei au fost: „Știi, mamă, asta ar putea să sune puțin nebunesc, dar, pe măsură ce aflu mai multe despre mine în terapie, realizez că mi-e frică și mă simt vinovată în legătură cu posibilitatea de a avea succes. Există o parte din mine care se simte vinovată sau îngrijorată cu privire la faptul că am oportunități care unor femei inteligente și competente ca tine și mama ta v-au fost imposibile. Mi-ai împărtășit că ești mulțumită de alegerile pe care le-ai făcut și că îți place viața ta așa cum e. Dar tot mă simt ciudat să-mi permit să am ceva ce propriile-mi mamă și bunică nu au putut avea — chiar dacă v-ați dorit-o. Și ești atât de inteligentă și pricepută, încât uneori nu pot să nu mă gândesc ce profesoară extraordinară ai fi fost dacă ai fi mers în acea direcție“.

Ca reacție la autodezvăluirea dnei J., Lillie a avut o privire mirată. A dat din cap și a spus: „Păi, nu prea are sens pentru mine ce spui“. Apoi a schimbat subiectul. Însă o săptămână mai târziu, mama i-a telefonat s-o anunțe că tocmai se înscrisese la o facultate și se întreba dacă să facă o plată acum sau să plătească în rate. „Dumnezeu știe de ce-oi face așa ceva la vârsta mea!“, spusese Lillie. Când

dna J. a închis telefonul, a fost cuprinsă de un puternic sentiment neașteptat de iubire față de mama ei și a izbucnit în lacrimi fără să-și explice de ce.

Deși Lillie a făcut într-un mod previzibil schimbări ca reacție la noua capacitate a fiicei sale de a se comporta într-o manieră diferențiată în cadrul relației lor, flexibilitatea ei la schimbare nu constituie un aspect semnificativ al acestui caz. Ceea ce a fost important a fost propria capacitate a dnei J. de a învăța despre tiparele multigenerașionale, de a se defini cu claritate în raport cu mama sa (și în cele din urmă și în raport cu alți membri ai familiei) cu privire la aspectele profesionale și de a aduce la suprafață conflicte subterane, pentru a permite corectarea proiecțiilor și distorsiunilor primitive direct la sursa lor emoțională. Aceste realizări au detoxificat o mare parte a anxietății referitoare la chestiunile profesionale și au permis diminuarea fuziunii și a intensității emoționale în cadrul diadei mamă-fiică.

Diada tată-fiică pusă în context

La un an după ce dna J. s-a căsătorit cu Jonathan, tatăl ei a murit. Pacienta a minimizat impactul emoţional al acestei pierderi, concentrându-se pe îndelungata distanţă şi pe dezinteresul care le caracterizaseră relaţia şi care deveniseră deosebit de pronunţate când ea avea 11 ani. Deşi comunicarea rareori fusese deschis intensă sau conflictuală, dna J. îl învinuia pe tatăl său pentru indisponibilitatea lui emoţională şi îl privise iniţial ca pe generatorul unilateral al distanţării dintre ei.

În cadrul acestui context de relaţionare emoţională distantă, tatăl pacientei, Frank, îi încurajase discret dnei J. dezvoltarea intelectuală şi performanţa şcolară. Pe parcursul procesului terapeutic, dna J. şi-a amintit de standardele înalte pe care tatăl său le avea cu privire la note („Nu era acceptat nimic mai puţin de 10.“) şi de numeroasele dăţi când acesta o încurajase înspre realizări mai mari. Spre exemplu, când dna J. avea 9 ani, se uitase cu interes la o emisiune despre chirurgie. După ce emisiunea se terminase, tatăl îi spusese: „Poţi să devii chirurg dacă îţi doreşti cu adevărat asta“, iar la câteva zile mai târziu îi adusese de la bibliotecă o carte pentru copii, în care erau descrise diverse specialităţi din medicină. În acea seară, mama ei îl criticase furioasă pentru a-i fi ales o carte prea dificilă pentru cineva de vârsta fiicei lor. Urmase o ceartă din ce în ce mai intensă şi, ulterior, o retragere îmbufnată a ambilor soţi. În acel moment, dna J. se retrăsese în camera ei; nu a deschis niciodată acea carte.

Ambii părinţi transmiteau un considerabil nivel de anxietate cu privire la parcurgerea de către tată şi fiică a unei relaţii de la persoană la persoană, în care mama să nu se situeze la mijloc. Mai mult decât atât, dnei J. îi creau derută şi anxietate mesajele tatălui său că ea ar trebui „să devină cineva“, în condiţiile în care acesta nu avea în mod evident aspiraţii similare în privinţa soţiei sale. „Voia ca eu să mă folosesc cu adevărat de toate abilităţile mele, dar dacă mama s-ar fi angajat la Burger King, asta i s-ar fi părut total în regulă. Îmi amintesc de multe dăţi când a umilit-o din punct de vedere intelectual în faţa altor oameni, iar eu obişnuiam să mă înfurii pe ea că pur şi simplu înghiţea asta.“

Pentru dna J., aspirațiile intelectuale și profesionale erau echivalate inconștient cu un pas înspre tatăl său și cu o mai mare identificare cu acesta. Acest fapt în sine nu ar fi fost problematic dacă nu ar fi existat convingerea inconștientă a dnei J. că un astfel de pas ar amenința fundamentala legătură mamă-fiică. Deși o multitudine de factori evocau și menținеau această paradigmă, vreau să accentuez faptul că aspectele oedipiene constituie numai o parte din natura complexă a triunghiurilor și coalițiilor ascunse din sistemele umane. Tiparul comun de întărire reciprocă a maternajului excesiv de intens și a paternajului excesiv de distant, care devine din ce în ce mai consolidat de-a lungul timpului, constituie o consecință naturală a aspectelor structurale ale familiei nucleare tradiționale. Așa cum a spus odată pacienta însăși: „Tata avea și serviciul, și copiii, dar mama nu le avea decât pe cele două fete ale ei“. Chiar și când era mică, dna J. intuia că mama sa s-ar simți amenințată și trădată dacă dna J. s-ar fi apropiat de tatăl său și că tatăl s-ar fi simțit anxios și derutat.

În vreme ce distanțarea reciprocă dintre tată și fiică diminuase anxietatea familială, această soluție îi produsese dnei J. un blocaj cu privire la realizarea unei integrări confortabile și lipsite de conflict a aspirațiilor sale profesionale, pe care le percepea inconștient ca fiind masculine. Pacientele trebuie să se confrunte adesea cu factori intrapsihici, familiali și culturali, care, combinați, le întăresc convingerea că munca serioasă este ceva ce „fac bărbații“. În același timp, rolurile și regulile familiale de-a lungul câtorva generații au alimentat frecvent un triunghi în care bărbații în general și tații în particular sunt figuri distante și misterioase — figuri extrem de puternice, dar, ca obiecte de identificare și relaționare emoțională, incompetente emoțional și tabu.

Familia tatălui

Dna J. s-a opus creării unei genograme a părții de familie a tatălui său, întrucât o provoca să se gândească la el ca la o persoană, și nu ca la o figură definită de miturile familiale și de propriile anxietăți, dorințe și proiecții inconștiente. În același timp, perspectiva multigenerațională a ajutat-o pe dna J. să-l perceapă pe tatăl ei cu o mai mare claritate, obiectivitate și afecțiune. Spre exemplu, adunarea datelor familiale i-a pus dnei J. la dispoziție un nou context în care să înțeleagă retragerea tatălui său din parentaj. În timpul preadolescenței, Frank își pierduse propriul tată într-un accident, o pierdere legată de retragerea lui Frank față de fiica sa când aceasta a atins vârsta de 11 ani. Dna J. a mai aflat și că, la vârsta de 8 ani, și bunicul ei își pierduse tatăl. Cunoașterea faptului că două generații de fii își pierduseră tații a ajutat-o pe dna J. să înțeleagă că distanțarea tatălui său față de ea era o expresie a anxietății, și nu a unei lipse de iubire.

Investigarea și intervenția terapeutică au ajutat-o pe dna J. să identifice maniera în care toți membrii familiei jucaseră un rol în menținerea distanței tatălui său, ajutând-o, de asemenea, să-și examineze vinovăția și anxietatea profunde cu privire la parcurgerea unei relații emoționale mai apropiate cu acesta. Ajutorul acordat pacientei pentru a reexamina această relație și a se reconecta cu latura paternă a familiei sale a constituit un aspect esențial al tratamentului, întrucât inhibițiile profesionale ale dnei J. erau parțial alimentate de un proces de doliu incomplet și nesoluționat, precum și de un triunghi familial-cheie, în care ea și mama sa aveau o relație intensă (deși conflictuală), iar tatăl său se plasa într-o poziție distantă, exterioară față de ambele femei.

Un punct critic în tratament a avut loc atunci când dna J. a reușit să deschidă liniile de comunicare cu cei doi frați încă în viață ai tatălui, pentru a aduna informații pe subiectul profesiei și carierei în generațiile anterioare și, mai specific, pentru a se interesa despre istoricul și experiența profesională ale tatălui său. Prin intermediul scrisorilor și al vizitelor, dna J. a împărtășit câte ceva cu privire la propriile dificultăți și le-a pus fraților lui Frank (mătușa și unchiul dnei J.) multe întrebări care le-a permis bunicului, tatălui și fraților acestuia să se distingă din ce în ce mai mult ca persoane reale, ale căror eforturi cu privire la

muncă şi carieră erau atât similare, cât şi diferite de ale sale.

Până la acest moment, pacienta manifestase un număr de simptome legate de muncă, frecvent considerate în literatura psihanalitică drept expresii ale invidiei de penis. Aceste simptome includeau o frică de a fi descoperită ca impostoare; o nesiguranţă cu privire la realizările sale, în ciuda unor dovezi considerabile ale abilităţilor sale; convingerea că era lipsită de un element fundamental pentru a-şi asigura succesul; şi un sentiment de inferioritate faţă de bărbaţi, pe care îi privea ca fiind în mod magic neafectaţi de anxietăţile şi conflictele de ordin profesional care o tulburau pe ea. Aceste simptome, toate derivând în parte din mistificarea şi masculinizarea de către pacientă a aspiraţiilor profesionale, s-au diminuat radical pe măsură ce dna. J a perseverat în stabilirea unei conexiuni emoţionale cu latura paternă a familiei sale, a înlocuit fantasmele cu date mai concrete despre mandatele profesionale şi referitoare la carieră pe linia masculină şi a făcut paşi mici, dar semnificativi înspre a se opune unui tipar multigeneraţional îndelung înrădăcinat de distanţare emoţională în cadrul relaţiei tată-fiică.

Deloc surprinzător, dna J. a parcurs o reactivare a unor afecte dureroase legate de moartea tatălui său, care fuseseră ţinute în frâu prin intermediul ruperii legăturii emoţionale de familia tatălui. În cuvintele dnei J., familia tatălui fusese întotdeauna „de o mai mică importanţă“, iar legăturile sale cu aceste rude fuseseră cel mult superficiale şi aproape inexistente de la înmormântarea tatălui său. Faptul de a vorbi despre tatăl ei în cadrul contextului familiei acestuia i-a stârnit pacientei sentimente de dor, în plus evocându-i o profundă tristeţe cu privire la oportunitatea pierdută de a-l cunoaşte mai bine. De asemenea, i-a adus în planul conştient un sentiment, anterior neexprimat, de vinovăţie pentru faptul de a o răni pe mama sa prin recunoaşterea deschisă a importanţei tatălui şi prin paşii făcuţi în mod independent înspre stabilirea propriilor relaţii cu membrii familiei acestuia. Aşadar, conţinuturi psihice anterior inconştiente au ieşit la suprafaţă cu toată puterea şi au devenit accesibile pe mai departe travaliului terapeutic.

Dificultăţile femeilor cu privire la profesie şi carieră îşi au rădăcinile în paradigmele relaţionale timpurii, precum şi în rolurile, regulile şi structurile sistemelor familiale şi profesionale curente în care operează femeile (Ulrich şi Dunne, 1986). Aşa cum s-a menţionat anterior, nu am încercat să rezum multitudinea de factori care contribuie la transformarea drumului către împlinirea intelectuală şi profesională într-unul deosebit de dificil pentru femei şi nici nu este posibil aici să redau complexitatea teoriei şi tehnicii clinice derivate

dintr-o perspectivă a sistemelor familiale. Fragmentele de tratament descrise în acest capitol ilustrează mai degrabă modul în care am înțeles eu, din perspectivă psihodinamică, inhibițiile profesionale feminine ale unei anumite paciente. De asemenea, reflectă convingerea mea că acele conflicte inconștiente și reprezentări de obiect internalizate distorsionate, derivate din tiparele disfuncționale dezvoltate în oricare stadiu al dezvoltării, nu pot fi întru totul soluționate decât dacă sunt renegociate în cadrul intensului câmp emoțional al relațiilor familiale propriu-zise.

Referințe bibliografice

Applegarth, A. (1976), „Some observations on work inhibitions in women“, în Journal of the American Psychoanalytic Association, 24 (supliment): 251–268.

Bowen, M. (1978), Family Therapy in Clinical Practice, New York: Jason Aronson.

Chernin, K. (1985), The Hungry Self: Women, Eating and Identity. New York: Harper & Row.

GAP, Committee on the College Student (1975), The Educated Woman: Prospects and Problems, 9 (92).

Horner, M. (1972), „The motive to avoid success and changing aspirations of college women“, în Readings on the Psychology of Women, coord. J. Bardwick, pp. 62–67, New York: Harper & Row.

Kanter, R.M. (1977), Men and Women of the Corporation, New York: Basic Books.

Kerr, M.E. (1981), „Family systems theory and therapy“, în Handbook of Family Therapy, coord. A.S. Gurman și D.P. Kniskern, pp. 226–264, New York: Brunner/Mazel.

Krueger, D.W. (1984), Success and the Fear of Success in Women, New York: The Free Press.

Lerner, H.G. (1979), „Effects of the nursing mother-infant dyad on the family“, în American Journal of Orthopsychiatry, 49: 339–348.

_____ (1980), „Internal prohibitions against female anger“, în American Journal of Psychoanalysis, 40: 137–148.

_____ (1983), „Female dependency in context: some theoretical and technical

considerations“, în American Journal of Orthopsychiatry, 53: 697–705.

_____ (1985), Dansul furiei. Ghid pentru femeile care vor să schimbe tiparul propriilor relaţii, Bucureşti: Editura Herald, 2018.

Lerner, S. şi Lerner, H.G. (1983), „A systemic approach to resistance: theoretical and technical considerations“, în American Journal of Psychotherapy, 37: 387–399.

Moulton, R. (1985), „The effect of the mother on the success of the daughter“, în Contemporary Psychoanalysis, 21: 266–283.

Nadelson, C.C., Notman, M.T. şi Bennett. M.B. (1978), „Success or failure: psychotherapeutic considerations for women in conflict“, în American Journal of Psychiatry, 135: 1092–1096.

Person, E.S. (1982), „Women working: Fears of failure, deviance, and success“, în Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 10: 67–84.

Stiver, I.P. (1983), Work Inhibitions in Women. Wellesley. Mass.: Stone Center for Developmental Services and Studies.

Ulrich, D.N. şi Dunne, H.P. (1986), To Love and Work: A Systemic Interlocking of Family, Workplace, and Career, New York: Brunner/Mazel.

---

[29] Cazul prezentat în acest capitol a fost discutat în „Can a Feminist Still Like Murray Bowen?“ în The Family Therapy Networker, 9 (6): 36–39, 1985, precum şi în „The Challenge of Change“, în Everywoman’s Emotional Well-being, coord. C. Travis, pp. 375-392, New York: Doubleday, 1986. Acest capitol a fost publicat iniţial în 1987 cu titlul „Work and Succes Inhibitions in Women: Family Systems Level Interventions in Psychodynamic Treatment“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 51 (4): 338–360.

Capitolul 13

Depresia

Depresia constituie o formă de reactivitate emoţională asociată cu pierderea.[30] Acest capitol se va axa pe depresia femeilor, aşa cum este aceasta legată de un anumit aspect al pierderii care are loc atunci când femeile îşi trădează sau sacrifică sinele în scopul menţinerii armoniei relaţionale. În încercarea de a balansa delicatul echilibru dintre „eu“ şi „noi“, femeile îl sacrifică frecvent pe „eu“ în serviciul rămânerii împreună în relaţie, astfel asumându-şi o poziţie de renunţare la sine în relaţii. Depresia poate fi rezultatul sacrificiului sinelui şi al pierderii concomitente a stimei de sine care însoţeşte sentimentul inconştient al trădării de sine.

Sacrificiul excesiv al sinelui sau pierderea sinelui are loc când o persoană participă la tipare relaţionale care îi blochează creşterea sau atunci când prea mult din sine (convingerile, valorile, dorinţele, priorităţile, ambiţiile persoanei) devine negociabil sub presiunile relaţiei. Procesul de pierdere a sinelui începe în familia de origine şi se continuă în forma cea mai vizibilă în relaţiile femeilor cu bărbaţii. În lucrări anterioare, am ilustrat complexele presiuni la care sunt supuse femeile pentru a-şi asuma o asemenea poziţie în relaţiile heterosexuale adulte, precum şi puternicele forţe intrapsihice, familiale şi culturale care împiedică schimbarea (Lerner, 1983, 1985).

Următorul exemplu clinic ilustrează maniera în care depresia femeilor este inextricabil întreţesută cu sacrificiul sinelui care are loc în relaţiile-cheie şi cu frica aferentă cu privire la pierderea de obiect. Vor fi, de asemenea, clarificate legăturile conceptuale dintre depresie, furie şi „orientarea înspre relaţii“ a femeilor.

Un istoric de caz: doamna R.

Doamna R., o casnică de 35 de ani, având două fete gemene de 10 ani şi un fiu de 4 ani, a solicitat psihoterapie din motive de depresie şi nefericire maritală. Căutase în mod deliberat o terapeută de orientare feministă şi, la prima şedinţă, s-a plâns de atitudinea misogină şi de faptele revoltătoare ale soţului său. Rolul jucat de ea în drama maritală era unul comun pentru femei: se plângea de soţul său şi îl învinovăţea pentru nefericirea ei, în acelaşi timp supunându-se cerinţelor acestuia şi rămânând profund rezistentă la examinarea şi modificarea propriei poziţii în cadrul relaţiei.

Depresia simptomatică a dnei R. era asociată sentimentului său că era prinsă într-un spaţiu foarte îngust, în care nu se putea mişca. Circumstanţele căsniciei sale erau atât de intolerabile pentru ea, încât nu mai putea continua cu vechile obiceiuri; cu toate acestea, nu voia nici măcar să ia în calcul posibilitatea c-ar vrea să renunţe la căsnicie. Nu era pregătită să se confrunte cu riscul de a se supune, pe soţul său şi pe ea însăşi, la încercare, testând dacă schimbarea era posibilă. În plus, se convinsese deja că relaţia nu putea tolera schimbări semnificative. Îi era imposibil să-şi spună: „Aleg să rămân în această căsnicie nefericită“ şi nici nu avea capacitatea de a-şi clarifica poziţia de fond, spunând: „Dacă aceste lucruri nu se schimbă, voi pleca“.

Depresia dnei R. o plasa în rolul „celei bolnave“ şi ascundea dificultăţile maritale, servind concomitent drept o incriminare a sistemului în cadrul căruia opera şi atrăgând atenţia asupra naturii extrem de rigide a acestuia. În mod paradoxal, servea atât la protejarea, cât şi la protestarea faţă de această stare de fapt, presând către schimbare şi simultan ţinând lucrurile pe loc. Spre exemplu, severitatea simptomelor sale îi submina capacităţile de a se ocupa de casă şi de copii, astfel permiţându-i să intre în grevă în privinţa „chemării sale sacre“, faţă de care îi era imposibil să protesteze într-o manieră mai directă. Soţul său, care evitase anterior orice responsabilitate familială, era acum cel care culca seara copiii şi le pregătea uneori micul-dejun, pentru că, altfel, aceste sarcini nu ar fi fost îndeplinite. Însă făcea aceste lucruri pentru a-i ţine locul soţiei sale disfuncţionale, şi nu pentru că dna R. ar fi ridicat în mod deschis

problema vechilor reguli din cadrul relației, clarificându-și propriile nevoi și redefinind lucrurile de care va continua și de care nu va continua să se ocupe.

Pentru multe femei, depresia are rolul de a ține în frâu furia și de a ascunde sursele acesteia, permițându-le femeilor respective să nege dificultățile maritale și să se axeze în mod exclusiv pe întrebarea: „Ce e în neregulă cu mine?“ Cu toate acestea, în cazul dnei R., depresia nu o împiedicase să resimtă și să-și exprime mânia față de soțul său. Îl proteja însă pe acesta, precum se proteja și pe ea însăși, de la amenințarea unei discuții serioase, ventilându-și furia într-o manieră care îl invita pe soț s-o ignore și să n-o ia în seamă, considerând-o irațională, isterică sau bolnavă. Spre exemplu, dna R. era furioasă pe soțul său din cauza modului condescendent și superior în care o trata. Când a deschis în cele din urmă acest subiect cu el, „și-a pierdut controlul“ și a început să urle isteric, astfel confirmând că era într-adevăr copilul slab și irațional care avea el nevoie ca ea să fie. Soțul său i-a ascultat răbufnirea cu calm, iar apoi a întrebat-o înțelegător dacă își luase medicamentele în ziua respectivă. Explorarea terapeutică a dezvăluit că dnei R. îi era frică să-și afirme poziția într-un mod care ar garanta că nu va putea fi așa de ușor neluată în seamă. Prefera să se plaseze într-o poziție de inferioritate în loc de a-și exprima insatisfacția într-o manieră fermă, calmă și clară și insistând să aibă un dialog real, ceea ce l-ar fi pus pe soțul său într-o situație delicată. Era inconștient convinsă că soțul său nu putea tolera decât o soție-copil docilă, și avea dreptate. Când, mai târziu în cursul tratamentului, dna R. a început să funcționeze la un nivel mai înalt de afirmare de sine și de maturitate, soțul s-a distanțat, a avut o aventură și a amenințat că va încheia căsnicia.

Pentru dna R., ca și pentru multe alte femei, a rămâne cea bolnavă sau cea depresivă era mai ușor decât să clarifice sursele insatisfacției sale și să renunțe la o poziție de renunțare la sine. Aceasta nu pentru că ar fi dobândit o gratificare masochistă din a se plasa într-o poziție de victimizare sau de abuz, ci pentru că era inconștient convinsă că cea mai importantă relație a sa nu putea supraviețui decât dacă ea continua să mențină această stare a lucrurilor. Să fie mai clară, să dea dovadă de mai multă putere, să se separe mai mult, să fie mai asertivă și mai centrată pe sine, toate acestea erau echivalate cu o atitudine castratoare, distructivă, care l-ar minimiza și l-ar amenința pe partenerul său, care ar putea, în consecință, să se răzbune sau s-o părăsească. Această convingere inconștientă este una comună, dacă nu una universală, în rândul femeilor (Lerner, 1980, 1983, 1985).

Deşi nu îşi exprimase în mod conştient dilema faţă de ea însăşi, dna R. era convinsă că trebuia să aleagă între a avea o căsnicie şi a avea un sine propriu. În loc de a o încuraja să se îndrepte într-o anumită direcţie, travaliul terapeutic cu privire la relaţia maritală a implicat o investigare sistemică, ce a ajutat-o pe dna R. să identifice funcţia de menţinere sistemică a poziţiei sale depresive, precum şi funcţia de protecţie pe care o servea atât pentru ea, cât şi pentru soţul său. Riscurile reale şi fantasmate ale renunţării la o poziţie de renunţare la sine au fost explorate la fel de amănunţit ca şi costurile menţinerii uniformităţii partenerilor în cuplu.

Pe parcursul etapei de început a travaliului terapeutic, era esenţial ca eu să înţeleg faptul că tulburarea apelor în căsnicia sa nu era o opţiune pentru dna R., de vreme ce aceasta echivala singurătatea cu moartea psihologică şi chiar fizică. Acest înalt nivel de anxietate îşi avea rădăcinile în dificultatea sa de a realiza separarea şi de a dobândi autonomie faţă de prima sa familie, precum şi în problemele evocate şi menţinute de instituţia căsătoriei. Dna R. petrecuse ani în şir claustrată în casă şi nu avea nicio abilitate profesională, deţinând puţine sisteme de suport şi o slabă încredere că ar putea să se întreţină financiar pe ea şi pe copiii săi în cazul unui divorţ. Pierderea soţului său o ameninţa nu doar cu o pierdere a identităţii, ci şi cu pierderea propriu-zisă a siguranţei economice şi a statutului social. Deşi avea la dispoziţie considerabile puteri şi resurse interne, acestea fuseseră eclipsate de-a lungul vieţii sale, în parte de tiparele maritale disfuncţionale, consolidate în timp, în care ocupa o poziţie de funcţionare deficitară. Numai odată ce dna R. a dobândit încrederea că ar putea supravieţui în lipsa căsniciei sale, a reuşit să aibă un comportament diferit în cadrul acesteia.

Sacrificiul de sine în familia de origine

Pentru a o ajuta pe dna R. să se definească într-o manieră mai clară în cadrul căsniciei sale şi să dea glas aspectelor negate anterior ale sinelui, o parte semnificativă din timpul terapeutic a fost petrecută explorând depresia sa şi tiparele de sacrificiu de sine în cadrul contextului primei sale familii. În lucrări anterioare (Lerner, 1979, 1980), am sugerat că atitudinea femeii de renunţare la propriul sine în relaţiile adulte este asociată cu o renunţare la sine timpurie în raport cu mama; anume fiicele îşi blochează adesea propria autonomie şi creştere şi sacrifică aspecte valorizate ale sinelui (de ex. ambiţie, sexualitate, creativitate şi entuziasm) pentru a proteja o legătură specială cu mamele lor, pe care le percep inconştient ca fiind lipsite de capacitatea de a tolera paşii lor înspre separare şi succes. Am evidenţiat, de asemenea, faptul că astfel de dificultăţi (care o lasă pe femeie vulnerabilă nu doar la depresie, ci şi la alte simptome şi comportamente disfuncţionale) nu constituie un aspect inerent sau „natural“ al relaţiei mamă-fiică, ci mai degrabă reflectă problematici sistemice mai extinse, incluzând structurarea rolurilor de gen de-a lungul multor generaţii şi statutul subordonat al femeilor (Lerner, 1978, 1987).

Cu toate acestea, din perspectiva mea curentă, această axare teoretică şi clinică îngustă asupra mamelor (chiar şi când este luat în considerare rolul culturii) este una problematică. Pe de o parte, diada mamă-fiică este adesea cea mai intensă şi mai conflictuală din familie. În acelaşi timp, această relaţie nu poate fi izolată sau înţeleasă separat de alte relaţii familiale sau de tiparele multigeneraţionale care modelează şi dau forma finală a familiei. Deşi mulţi psihoterapeuţi recunosc valoarea teoretică a perspectivei sistemice, se regăsesc într-un impas în privinţa punerii acesteia în practică, mai ales atunci când focalizarea pacientei pe propria mamă este una intensă, iar alţi membri ai familiei sunt prezentaţi ca vagi sau neimportanţi. Din experienţa mea clinică, utilizarea genogramei şi a unei perspective multigeneraţionale îi ajută pe clinicieni să le aşeze pe mame şi pe fiice înapoi în context şi lucrează împotriva tendinţei de axare excesivă pe această diadă, fără a explora, în schimb, alte relaţii familiale interconectate. Aceasta este perspectiva din care voi discuta faptele istorice şi tiparele familiale legate de comportamentele de sacrificiu de sine ale dnei R. în cadrul propriei

familii şi, în cele din urmă, de poziţia depresivă şi de renunţare la sine în cadrul căsniciei sale.

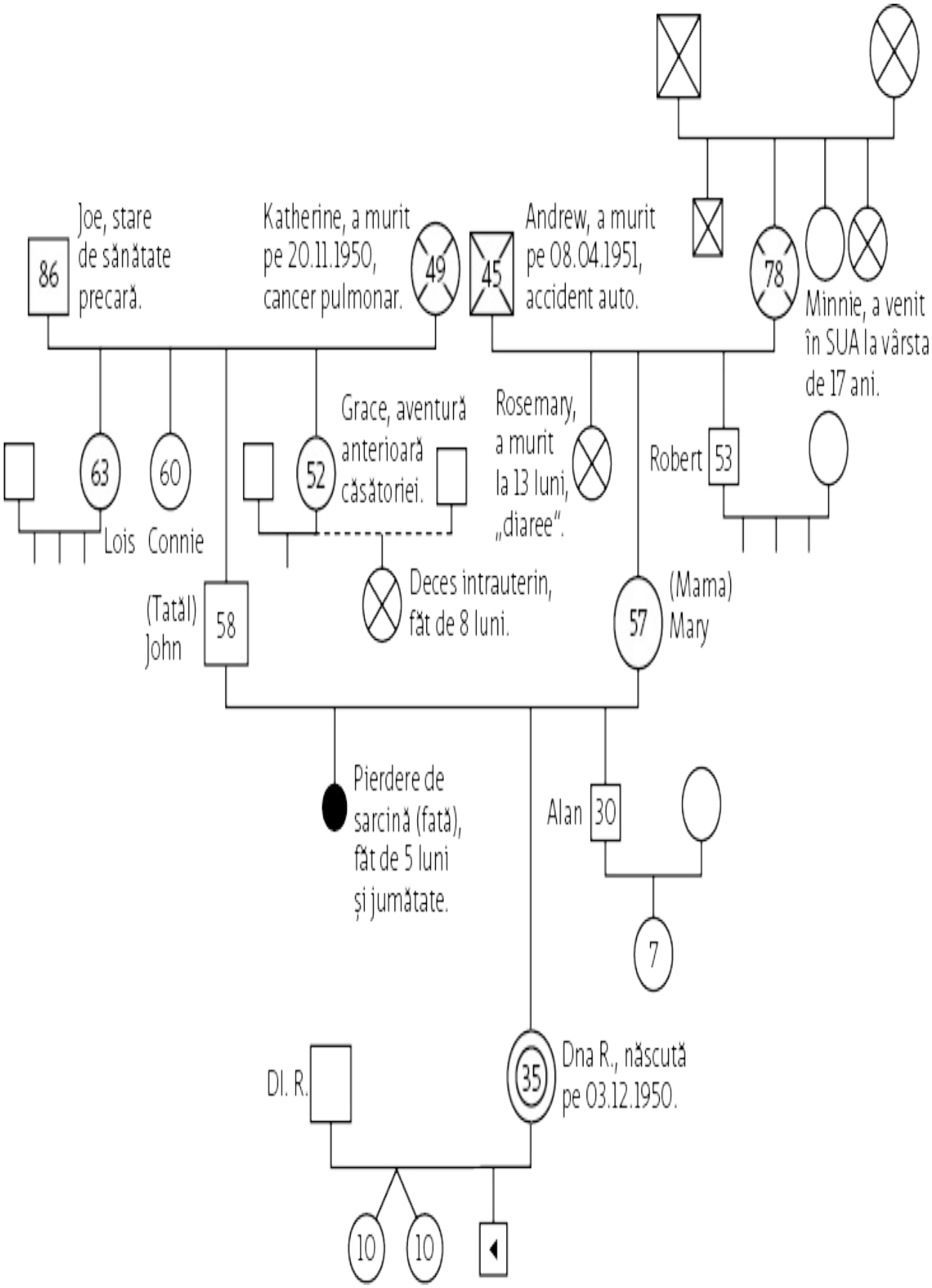
Familia de origine a dnei R.

Diagrama 1 este o genogramă parţială a familiei de origine a dnei R., elaborată în cursul primelor noastre întâlniri. Cantitatea limitată de informaţii referitoare la familie a inclus evidenţierea relaţiilor-cheie, a datelor temporale şi a tiparelor asociate cu depresia dnei R. Cititorii nefamiliarizaţi cu construirea unei genograme ar trebui să consulte S. Lerner (1984) şi McGoldrick şi Gerson (1985).[31]

Aşa cum ilustrează genograma, intrarea dnei R. în familie a fost nuanţată de pierdere. La momentul naşterii ei, mama sa (Mary) se afla încă sub impactul emoţional al pierderii unei sarcini în al doilea trimestru, pierdere care avusese loc cu 15 luni înainte. Mama tatălui dnei R. (Katherine) murise în urma unei perioade îndelungate de boală cu numai câteva săptămâni înainte de naşterea dnei R., iar tatăl mamei (Andrew) a murit într-un accident de maşină la scurtă vreme după ce aceasta împlinise un an. Aceste trei pierderi semnificative — o pierdere de sarcină şi decesele a doi bunici, care au avut loc în jurul perioadei în care s-a născut dna R. şi a primului său an de viaţă — au influenţat relaţiile familiale şi au intensificat triunghiurile familiale cheie legate de vulnerabilitatea dnei R. la depresie.

Tatăl dnei R., John, a gestionat puternicele afecte generate de moartea mamei sale, care a coincis temporal cu perioada naşterii primului său copil, distanţându-se atât de soţie, cât şi de fiică. În plus faţă de intensificarea dedicării profesionale, a devenit din ce în ce mai preocupat de tatăl său, Joe, iar relaţia cu sora sa, Lois, a devenit tot mai conflictuală, aceştia certându-se cu privire la aspecte legate de moartea mamei lor şi de situaţia financiară a tatălui. Distanţa maritală crescândă a contribuit la sentimentul de pierdere al lui Mary, aceasta începând să se concentreze pe noua sa fiică şi să fie tot mai protectoare faţă de ea. Aşa cum ilustrează genograma, prima fiică născută în fratria din care făcea parte Mary (Rosemary) suferise o moarte precoce, ceea ce sporise fără îndoială preocuparea anxioasă a lui Mary cu privire la prima sa născută.

Diagrama 1: familia de origine a dnei R.

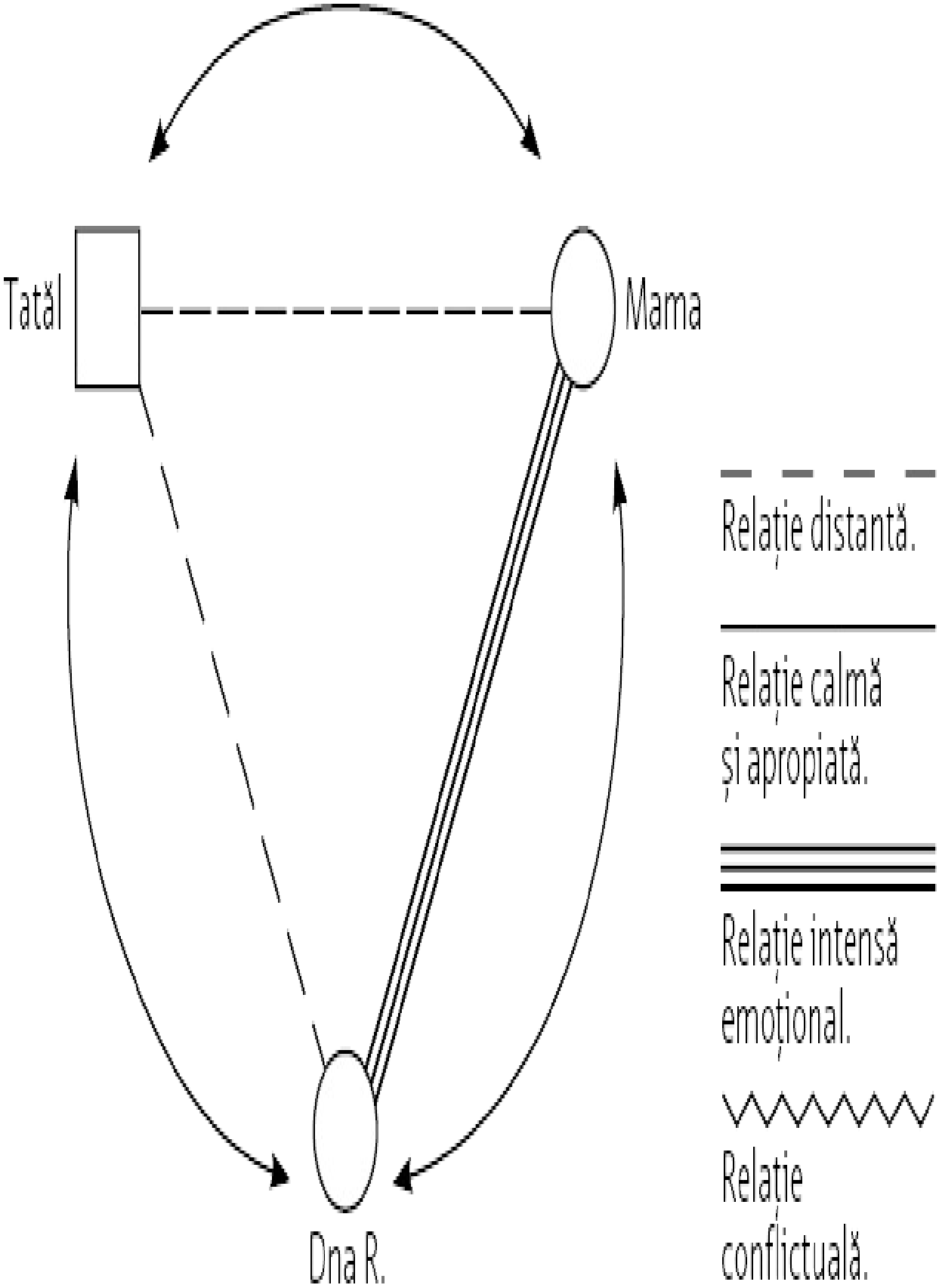

Joe, stare de sănătate precară.
86
Katherine, a murit pe 20.11.1950, cancer pulmonar.
49
45
Andrew, a murit pe 08.04.1951, accident auto.
78
Minnie, a venit în SUA la vârsta de 17 ani.
63
60
Lois
Connie
52
Grace, aventură anterioară căsătoriei.
Rosemary, a murit la 13 luni, „diaree".
Robert
53
Deces intrauterin, făt de 8 luni.
(Tatăl) John
58
57
(Mama) Mary
Pierdere de sarcină (fată), făt de 5 luni și jumătate.
Alan
30
7
Dl. R.
35
Dna R., născută pe 03.12.1950.
10
10

Dovezile cu privire la intensa preocupare a mamei sale în ce-o privea pe dna R. fuseseră mai mult decât evidente. Spre exemplu, până la naşterea fratelui său, Alan, aceasta era deseori luată să doarmă în patul părinţilor atunci când era agitată noaptea. Explicaţia lui Mary pentru această practică era că dna R. fusese un bebeluş temător şi o fetiţă care „refuza“ să doarmă singură când era supărată. John participa şi el la acest aranjament, poate pentru că intensitatea diadei mamă-fiică îl ajuta să-şi menţină distanţa emoţională faţă de ambele. Retragerea lui John şi centrarea lui Mary pe dna R. au devenit poziţii fixe în cadrul familiei. Dna R. îşi întrebase odată mama dacă se gândise vreodată când era mai tânără să lucreze sau să aibă o carieră; Mary îi răspunsese: „Mai bine mor, decât să-mi las vreodată copiii cu o străină. Iar tatăl tău nu s-ar fi descurcat niciodată cu tine şi cu Alan, aşa că a trebuit să fiu doi părinţi într-unul“.

Acest triunghi-cheie, alcătuit dintr-un tată distant, o relaţie maritală distantă şi o intensitate excesivă între mamă şi fiică (vezi Diagrama 2), a devenit din ce în ce mai rigid de-a lungul timpului.

Săgeţile din Diagrama 2 ilustrează circularitatea relaţiilor familiale. Cu alte cuvinte, nu este nicidecum mai corect să sugerăm că mama sau poziţia exterioară a tatălui „a cauzat“ dificultăţile dnei R., decât ar fi să spunem că tatăl acesteia „a cauzat“ supraimplicarea mamei în relaţia cu dna R., creând un vacuum emoţional în relaţiile sale cu fiica şi soţia. Fiecare latură a triunghiului constituie atât cauza, cât şi efectul celorlalte două laturi şi niciun membru al familiei, incluzând-o pe mamă, nu are o putere unidirecţională asupra întregului. Capacitatea de a înţelege întru totul interconectarea circulară a relaţiilor familiale îl ajută pe terapeut să evite întrebările şi interpretările care îl plasează pe un membru al familiei în rolul de a fi implicit responsabil de simptomele şi comportamentele altui membru (Lerner şi Lerner, 1983).

Diagrama 2: relaţiile familiale


Tatăl
Mama
Dna R.
Relație distantă.
Relație calmă
și apropiată.
Relație intensă
emoțional.
Relație
conflictuală.

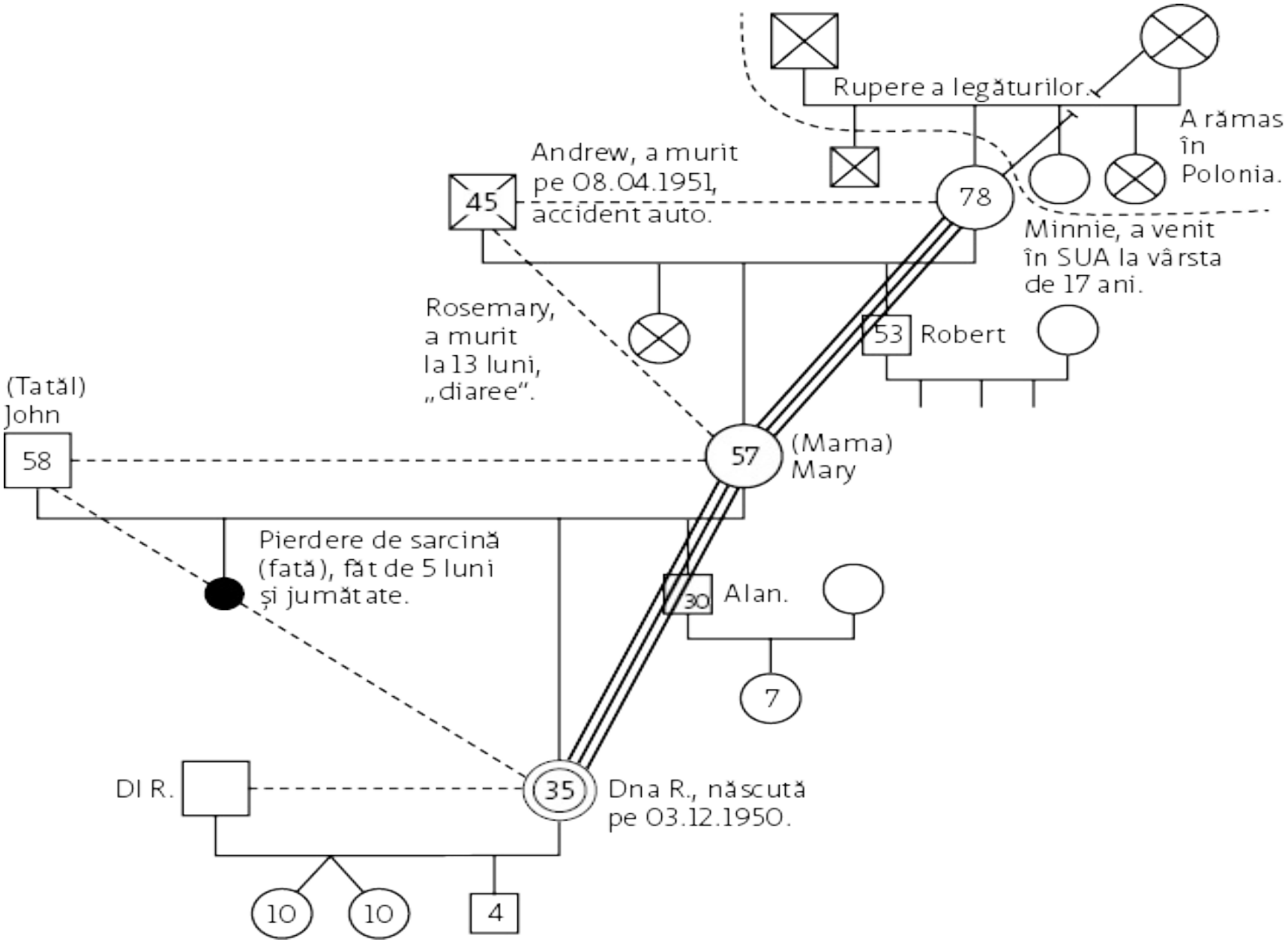
În urma căsătoriei sale, dna R. s-a inclus într-un triunghi similar, soțul său aflându-se în poziția exterioară. I se plângea adesea mamei cu privire la comportamentul dominator și nedrept al soțului, într-o manieră care o invita pe mamă să-i devină aliată, atât cu prețul căsniciei sale, cât și al relației mamei cu ginerele său. Atunci când creșteau tensiunile maritale dintre dna R. și soț, aceasta „dispărea“ uneori cu copiii acasă la părinții ei. Mama accepta aceste acte de dispariție (deși nu exista nicio amenințare de violență), învinuindu-l pe dl R. de dificultățile fiicei ei și disimulând neștiința când el telefona căutându-și soția și copiii. În aceste momente, tatăl dnei R. își gestiona propria anxietate printr-o distanțare emoțională extremă. Nu o întreba pe fiica sa de ce ea și copiii se aflau într-o excursie temporară la ei acasă și nici nu-i clarifica soției sau fiicei propria poziție cu privire la comportamentul dnei R. și dacă îi era confortabil să țină un asemenea secret față de ginerele său. În aceste perioade, dna R. și mama sa aveau conversații înflăcărate despre căsnicia nefericită a dnei R; tatăl stătea și citea în camera alăturată, comportându-se ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat, consolidându-și poziția exterioară în raport cu familia.

Deși dna R. nu își sacrifica în mod conștient sinele pentru a proteja legăturile relaționale în familia sa de origine, participa totuși la tiparele și triunghiurile care îi blocau propria creștere și o conduceau înspre depresie. Poziția sa în familie, ca și în căsnicie, era una de supunere, în care accepta inconștient rolurile și regulile familiale, cu prețul diferențierii unui sine propriu. Multă energie emoțională era investită în a fi „acolo pentru“ mama sa și a-și proteja tatăl de a gestiona aspecte emoționale în relațiile cu soția și fiica sa. Asemenea multor fiice, dna R. avea o sensibilitate ca de radar la problemele subterane din familie și resimțea inconștient că niște schimbări semnificative din partea ei ar amenința stabilitatea familială și ar sfărâma siguranța legăturilor familiale previzibile, incluzând căsnicia părinților și relația sa fuzională cu mama. Îi erau, de asemenea, inconștient accesibile vulnerabilitatea ambilor părinți la depresie și pierderile importante pe care aceștia le suferiseră în jurul perioadei în care ea intrase în familie.

Din experiența mea clinică, travaliul terapeutic derivat din teoria sistemelor familiale (Bowen, 1978) oferă un deosebit de mare ajutor femeilor la identificarea și depășirea tiparelor familiale disfuncționale care contribuie la renunțarea la sine și la depresie în cursul vieții adulte. Unul dintre aspectele travaliului constă în adunarea datelor familiale, care îi permite femeii să-și

plaseze dificultăţile actuale şi tiparele relaţionale într-o perspectivă relaţională mai largă.[32] Ceea ce urmează este o schiţare a tiparelor din generaţiile anterioare care au avut impact asupra triunghiului-cheie redat în Diagrama 2 şi asupra dificultăţilor aferente întâmpinate de dna R. în ce priveşte adoptarea unei poziţii mai separate şi diferenţiate atât în familia de origine, cât şi în familia sa actuală.

Diagrama 3: familia mamei


Rupere a legăturilor.
A rămas în Polonia.
Andrew, a murit pe 08.04.1951, accident auto.
45
78
Minnie, a venit în SUA la vârsta de 17 ani.
Rosemary, a murit la 13 luni, „diaree".
53 Robert
(Tatăl) John
58
57
(Mama) Mary
Pierdere de sarcină (fată), făt de 5 luni și jumătate.
30 Alan.
7
DI R.
35
Dna R., născută pe 03.12.1950.
10
10
4

Mama dnei R., Mary, a avut o relație excesiv de osmotică și de intensă cu propria mamă, Minnie (Diagrama 3). Mary o critica în mod constant pe Minnie în discuțiile cu alți membri ai familiei, dar continua să se supună cerințelor acesteia și se comporta de parcă ea ar fi fost unica responsabilă de starea de bine a mamei sale. Îndelungatul sentiment de responsabilitate al lui Mary față de mamă s-a intensificat în urma morții tatălui său, Andrew, punct în care Mary a început să alterneze între distanțarea de mamă, pe de o parte, și încercarea de a-i „repara“ acesteia singurătatea și depresia, pe de alta. Când s-a născut dna R., Minnie tocmai rămăsese văduvă, iar Mary sperase ca noua sa fiică, prima nepoată, să o înveselească pe Minnie și să-i ofere un scop de a trăi, astfel contribuind cu atât mai mult la rolul dnei R. de copil care suscită o preocupare excesivă a celorlalți.

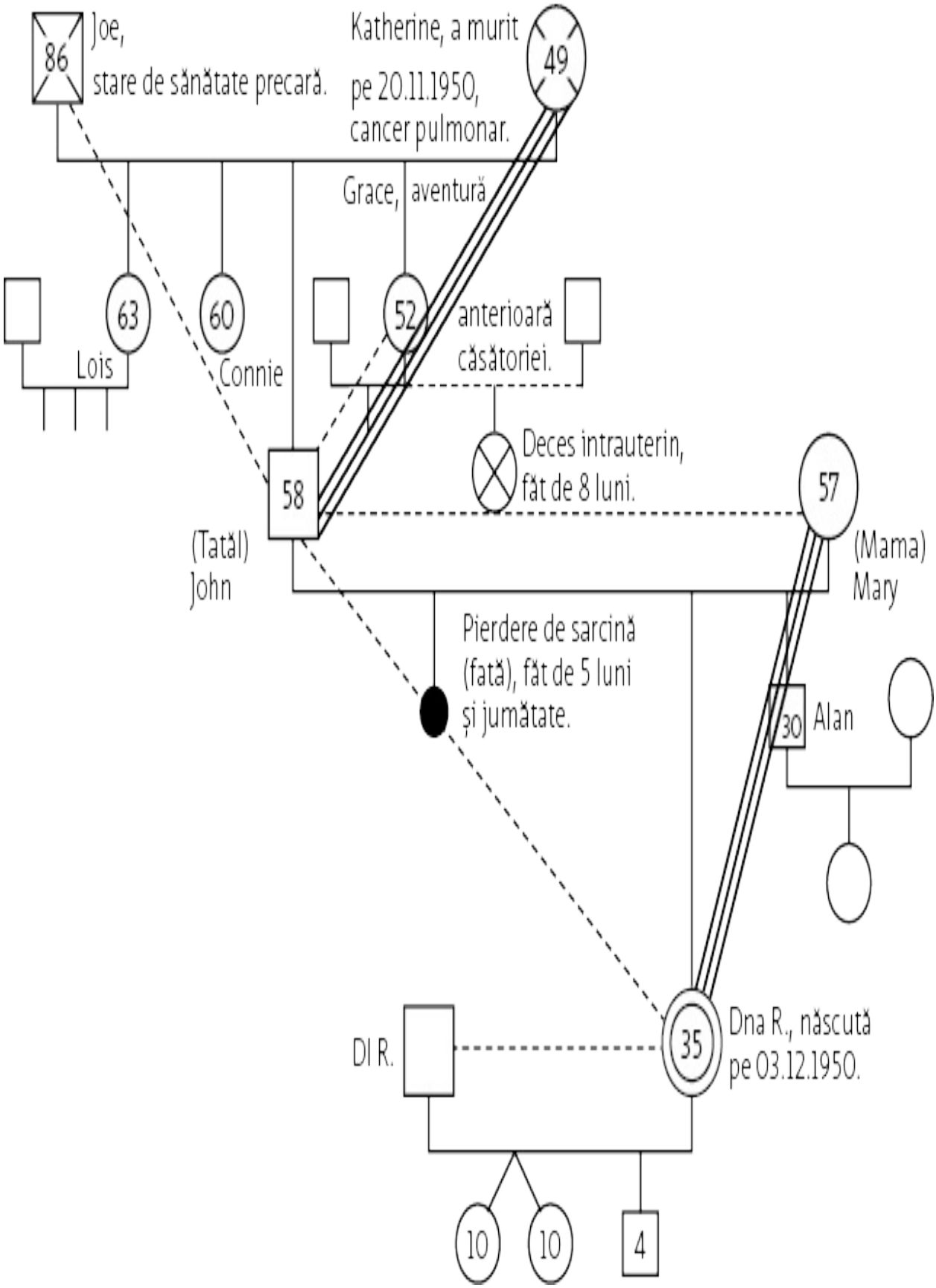
Bunica Minnie trecuse prin experiența unei emigrări traumatice din Polonia la vârsta de 17 ani. După ce fusese trimisă în America alături de fratele său mai mare, părinții și cei doi frați mai mici nu reușiseră să părăsească țara, așa cum plănuiseră anterior. Minnie fusese îndrăgostită de un fermier polonez cu care părinții îi interziseseră să se vadă și care murise într-un accident de motocicletă a doua zi după aniversarea unui an de la ajungerea lui Minnie în America. Minnie le-a spus copiilor săi că s-a căsătorit cu Andrew „de conveniență, nu din iubire“, și îi mărturisise lui Mary că nu trecuse niciodată peste sentimentele față de fermierul polonez, pe care îl cunoscuse timp de o lună. Fără îndoială că incapacitatea emoțională a lui Minnie de a renunța la acest tânăr polonez era legată de pierderea devastatoare a părinților, a fraților și a pământului natal. La momentul căsătoriei lui Minnie cu Andrew, ea a dat foc unei cutii care conținea toate fotografiile ei de familie din Polonia, afirmând că era prea dureros să le privească și că „nu avea niciun rost să rămână prinsă în trecut“. Cu toate acestea, păstrase un dar pe care îl primise de la fermierul polonez. Deloc surprinzător, căsnicia lui Minnie cu Andrew fusese atât distantă, cât și reciproc nesatisfăcătoare.

Gradul sever de rupere geografică și emoțională de membri importanți ai familiei sale de origine suferit de Minnie supraîncărcase emoțional relațiile cu propriii copii. Faptul că Minnie își pierduse prima născută la vârsta de 13 luni îi amplificase și mai mult atât anxietatea, cât și fuziunea din relația cu Mary. Minnie o proteja excesiv pe Mary, ca și cum aceasta ar fi putut dispărea în orice moment; Mary dormise cu Minnie în cea mai mare parte a copilăriei, fiecare

făcându-şi griji cu privire la starea de bine a celeilalte. Ca femeie adultă, Mary rămăsese copilul mamei sale, menţinând fuziunea dintre ele prin eşecul de a defini într-o manieră deschisă diferenţele ori de a aborda aspecte relaţionale semnificative. Spre exemplu, Mary nu mergea cu regularitate la biserică, dar o mințea pe mama sa în această privință, precum și în altele, susținând că pe Minnie ar fi „supărat-o prea tare“ adevărul.

De-a lungul timpului, dna R. a explorat modurile în care relația sa cu mama era similară relației mamei cu Minnie, obținând astfel o imagine mai clară și mai concretă a contextului mai larg care modelase relațiile familiale de-a lungul mai multor generații. Făcând acest lucru, a început să observe cu o din ce în ce mai mare finețe propria contribuție la repetarea unui triunghi multigenerațional în care mamele și fiicele aveau relații deosebit de intense și marcate de protecție reciprocă, în detrimentul relaționării tată-fiică, al satisfacției maritale, al urmăririi țelurilor personale și al clarificării sinelui.

Diagrama 4: familia tatălui


86
Joe,
stare de sănătate precară.
Katherine, a murit
pe 20.11.1950,
cancer pulmonar.
49
Grace,
aventură
63
Lois
60
Connie
52
anterioară
căsătoriei.
Deces intrauterin,
făt de 8 luni.
58
57
(Tatăl)
John
(Mama)
Mary
Pierdere de sarcină
(fată), făt de 5 luni
și jumătate.
30
Alan
DI R.
35
Dna R., născută
pe 03.12.1950.
10
10
4

Tatăl dnei R., John, fusese al treilea copil și singurul băiat într-o fratrie de patru. Fusese „fiul special“ al mamei sale, pe care aceasta îl și protejase excesiv și la care apela ca fiindu-i „cel mai bun prieten“ din familie (Diagrama 4). Tiparul lui John era și acesta unul al unei relații excesiv de intense cu mama și al unei distanțe complementare față de tată.

Poziția specială pe care John o deținea în raport cu mama sa, Katherine, încărcase emoțional relațiile sale cu cele trei surori. Lois, prima născută, protesta în mod deosebit cu privire la faptul că John era „răsfățat“ și privilegiat, în timp ce ea avea mult prea multe responsabilități familiale și domestice. Întrucât John era privit de Katherine și drept „consilierul“ său, Lois primise poverile, dar nu și beneficiile statutului de primă născută. Atunci când dna R. a început terapia, tatăl ei și Lois se aflau în toiul unei lupte aprinse cu privire la gestionarea îngrijirii tatălui lor foarte în vârstă. În anii de creștere a copiilor, Lois fusese cea mai apropiată de tatăl său și își asumase adesea rolul de „avocat“, justificând sau încercând să le explice celorlalți membri ai familiei comportamentul acestuia.

Părinții lui John, Katherine și Joe, au gestionat intensitatea din relația lor prin intermediul distanțării maritale și al triunghiurilor centrate pe copii, în care John a jucat un rol-cheie. Rolul lui Katherine în căsnicia sa a fost unul de supunere; a eșuat în a-și exprima nevoile sau insatisfacțiile, nedând glas propriilor țeluri sau planuri de viață. Insatisfacția maritală și furia erau ținute în frâu prin intensificarea relației cu fiul său, John, și prin întoarcerea spre acesta ca înspre un confident și aliat special.

Acest tipar, care a început de timpuriu în viața lui John, a continuat în viața sa adultă. Spre exemplu, Grace, cea mai mică dintre surorile lui John, a rămas însărcinată în afara căsătoriei în primul an după ce se mutase din casa părinților într-un oraș îndepărtat. A făcut planuri să dea copilul spre adopție, dar a suferit un avort cu o lună înainte de termen. Katherine a avertizat-o pe Grace să nu împărtășească această informație altor membri ai familiei, incluzându-l pe Joe, care nici nu a știut de sarcină. Mama i-a mărturisit apoi toată povestea lui John, dar i-a interzis să vorbească despre aceasta. John, la rândul său, nu a fost capabil să ia atitudine față de mama sa și să-i spună că i-ar fi imposibil să țină un asemenea secret imens, iar trei decenii mai târziu, încă nu deschisese subiectul cu nimeni. Acest exemplu a fost unul dintre numeroasele care ilustrau triunghiul rigidizat în timp și toxic în care John avea o relație excesiv de intensă cu un

membru al familiei (în acest caz, Katherine), în detrimentul altor relații familiale esențiale. Acum, în cea de-a doua familie a sa, căsătorit cu Mary, inversase pozițiile, trecând de la a fi „omul din interior“ la a fi „omul din exterior“, reproducând poziția propriului tată; triunghiul de bază rămăsese însă intact.

Travaliul cu privire la familia de origine

Pe parcursul terapiei, dna R. a început să se raporteze la căsnicia sa nesatisfăcătoare în contextul tabloului familial mai larg. Moștenirea generațiilor anterioare includea căsnicii nesatisfăcătoare gestionate de tați/soți prin distanțare și de soții/mame prin axarea pe copii. Dna R. intrase în familie într-o perioadă de pierdere pentru ambii părinți, ceea ce intensificase cu atât mai mult acest triunghi; atunci când dna R. și-a început terapia, ea era extrem de adânc prinsă în rolul de aliat emoțional al mamei sale, contribuind la menținerea poziției distante, exterioare, a tatălui său; triunghiul stabiliza căsnicia părinților, dar bloca dezvoltarea tuturor celor implicați.

În loc de a lucra la modificarea stării de fapt în propria căsnicie, dna R. i se plângea mamei, precum și terapeutei într-o manieră care reproducea vechiul triunghi și nu servea decât la a ține lucrurile pe loc. Firele invizibile care le legau pe mamă și pe fiică una de cealaltă deveneau din ce în ce mai strânse pe măsură ce ambele femei își consolidau apropierea în jurul dezamăgirii lor în raport cu bărbații și al excluderii acestora. La rândul lor, bărbații participau activ la crearea și menținerea propriului rol în această dramă, care își avea rădăcinile în familiile lor de origine, precum și în prescrierile culturale. Depresia simptomatică a dnei R. o ținea legată de mama sa, care își direcționa „energia de îngrijorare“ mai mult înspre depresia fiicei decât înspre propriile probleme. Întrucât depresia dnei R. o menținea blocată pe toate palierele, aceasta servea și ca un jurământ de fidelitate față de mama sa, conform căruia dna R. nu va crește și nu va pleca de-acasă niciodată cu adevărat.

Dna R. a dezvoltat o capacitate de a reflecta cu claritate la propria situație și de a vedea noi posibilități cu privire la propriul comportament doar odată ce a dobândit o imagine a sistemului multigenerațional și a înțeles contextul interacțional actual în care apăruse depresia sa simptomatică. În același timp, sarcina aparent simplă de obținere a unor date familiale a condus, inevitabil, la o modificare a tiparelor rigidizate în timp. Spre exemplu, dna R. a aflat de sarcina și de pierderea mătușii Grace, precum și de alte „secrete“ de familie punându-le tatălui său și surorilor acestuia întrebări despre istoria lor de familie. Făcând

acest lucru, ea însăși a început să se opună îndelungatei moșteniri a distanțării tată-fiică și a început, pentru prima oară, să abordeze aspecte emoționale importante în discuțiile cu John. Această experiență i-a permis să observe în mod direct nivelul extrem de înalt de anxietate și rezistență care fusese evocat la toți membrii familiei, incluzând-o pe ea, de această schimbare; de asemenea, i-a fost pusă la încercare relația fuzională cu mama, de vreme ce intensitatea excesivă a acestei relații era inextricabil întrețesută cu o neimplicare complementară în cadrul relației cu tatăl său.

Pe parcursul terapiei, dna R. a continuat cu pași mici să-și schimbe propria poziție în triunghiul familial consolidat în timp; spre exemplu, nu a mai continuat să aibă discuții interminabile cu mama sa cu privire la depresia și căsnicia sa nefericită, în care ambele femei se puneau de acord într-o manieră implicită sau explicită că soțul dnei R. era cel vinovat și că nu ar trebui să i se vorbească despre acestea tatălui dnei R. În schimb, dna R. lua contact cu fiecare dintre părinți separat și într-un mod calm, concret, le împărtășea câte ceva din perspectiva sa asupra dificultăților maritale pe care le întâmpina și a propriei contribuții la acestea. A încetat să-i mai spună mamei sale „secrete“ care nu trebuiau să ajungă la urechile tatălui și a început încet-încet să se opună mandatului de păstrare de secrete stabilit în familia extinsă. Atunci când căsnicia sa începea să se tensioneze, continua să caute un refugiu temporar, la distanță de soțul său, dar nu-și mai lua cei trei copii acasă la părinți și nici nu-i invita în vreo altă manieră să i se alăture într-o coaliție împotriva tatălui lor.

Pe măsură ce dna R. făcea aceste schimbări, precum și altele, a devenit accesibil un material anterior inconștient. Spre exemplu, în vreme ce aceasta lucra la stabilirea unei legături emoționale mai solide atât cu tatăl, cât și cu soțul său, a ieșit la lumină un sentiment subteran de vinovăție și lipsă de loialitate față de mama sa. Fricile dnei R. că pașii pe care îi făcea înspre un mai mare nivel de separare și diferențiere ar putea-o răni pe mama sa au fost întărite de puternice reacții din partea ambilor părinți, care îi transmiteau mesajul „Revino la cum erai înainte!“, precum și de propria anxietate de separare și propria rezistență la schimbare ale dnei R., pe care le proiecta asupra mamei sale, ceea ce amplifica și mai mult fragilitatea lui Mary în ochii dnei R. În plus, comportamentul schimbat al dnei R. a destabilizat familia și, în mod previzibil, a avut profunde reverberații în cadrul sistemului. În primul rând, odată ce dna R. a ieșit din vechiul triunghi, dificultățile maritale dintre părinții săi au ieșit la suprafață cu toată puterea. Soțul dnei R. i-a mărturisit soției sale că avea de câțiva ani o relație extraconjugală homosexuală, iar cuplul a început un proces de terapie maritală care a continuat

şi în urma încheierii terapiei dnei R. Ca urmare a faptului că dna R. a început să interacţioneze atât cu mama, cât şi cu bunica sa într-o manieră mai diferenţiată, mama dnei R. s-a confruntat cu aspectele emoţionale ale relaţiei cu propria mamă, Minnie. Odată ce fiica sa a început să se împotrivească unei îndelungate moşteniri de rupere a legăturilor şi de păstrare de secrete, tatăl a întâmpinat o provocare similară, de renegociere a relaţiilor cu persoane din arborele său familial. Spre exemplu, au avut loc de-a lungul timpului modificări ale relaţiei ostile, de culpabilizare, a lui John cu Lois şi ale relaţiei distante cu sora sa mai mică, Grace (cu care nu discutase niciodată despre sarcina sa şi pierderea traumatică a respectivei sarcini). Totodată, dna R. încerca să stabilească o relaţie de la persoană la persoană cu fiecare dintre mătuşile sale, relativ separată de câmpul emoţional intens al reactivităţii tatălui său faţă de ambele. Cu siguranţă că dna R. nu ar fi putut iniţia sau menţine cu succes schimbările semnificative pe care le-a făcut în familia sa de origine înainte de a fi petrecut o perioadă considerabilă în terapie adunând date familiale, înţelegând tiparele şi triunghiurile multigeneraţionale şi dobândind o perspectivă mai calmă şi mai obiectivă cu privire la propria contribuţie la acestea.

Ca rezultat al travaliului pe care dna R. l-a parcurs referitor la familia sa de origine, ea a devenit capabilă să-şi consolideze un sentiment al sinelui mai clar, mai separat, iar depresia sa a început să se disipeze. A adoptat o atitudine mai reflexivă, responsabilă şi mai puţin reactivă faţă de problemele sale maritale şi a dobândit capacitatea de a observa mai atent interacţiunile maritale, eliberată fiind de ecranul vechilor scenarii familiale (de ex., nevoia sa de a fi „acolo pentru“ mama sa, cu preţul altor relaţii). Cu toate acestea, pe măsură ce claritatea şi obiectivitatea dnei R. cu privire la aspectele maritale au devenit mai accentuate, a crescut şi nivelul rezistenţei acesteia faţă de ideea de a abandona rolul de soţie supusă şi de a renunţa la sine. Aş dori să mă axez pe scurt asupra unuia dintre factorii determinanţi ai rezistenţei, care este frecvent trecut cu vederea sau minimizat în cadrul travaliului terapeutic derivat dintr-un model psihodinamic sau sistemic familial. Mă refer aici la implicaţiile complexe ale dependenţei economice a femeilor de bărbaţi.

Impactul dependenței economice

Lipsa independenței economice a dnei R. a constituit un factor crucial în determinarea groazei inconștiente a-i clarifica soțului său poziția sa de fond. („Acestea sunt lucrurile care trebuie să se schimbe pentru ca eu să rămân în relație. Iar acestea sunt lucrurile pe care nu le voi mai face.“) Așa cum am menționat anterior, dna R. nu a îndrăznit să tulbure apele în cadrul căsniciei până nu a dobândit încrederea că, dacă ar fi cazul, ar putea supraviețui în lipsa acesteia. Chiar și după ce perlaborase unele obstacole interne față de schimbare, un factor neconștientizat al poziției sale de blocaj în căsnicie era frica de a se alătura noii clase inferioare de femei divorțate sărace, cu copii în îngrijire.[33] Sunt de părere că această frică este universal valabilă pentru casnicele neîncadrate în câmpul muncii și pentru acelea care depind de locuri de muncă prost plătite. De vreme ce femeile tind să nu exprime această dilemă nici față de ele însele și nici față de alții („Să fac ce trebuie pentru mine însămi ar putea conduce în cele din urmă la destrămarea căsniciei mele, care m-ar arunca într-o situație de sărăcie și de stres insurmontabil.“), ele ar putea fi prinse într-un blocaj ce le-ar împiedica să înainteze, până când dilema este identificată și abordată în procesul terapeutic.

În cazul dnei R., am menținut problema în discuție punând în permanență întrebări atât cu privire la implicațiile schimbării, cât și la cele ale menținerii situației sale economice curente. Aceste întrebări au fost adresate în contextul plângerilor dnei R. că îi părea imposibil să facă în căsnicia sa tocmai lucrurile pe care le conștientizase în cele din urmă ca necesare pentru ca ea să-și poată depăși depresia și sentimentele aferente de furie și înverșunare. Spre exemplu, o sursă evidentă a depresiei dnei R. deriva din poziția sa de implicare și de responsabilitate excesivă pe scena domestică. Pe parcursul terapiei, a devenit conștientă că această situație se va schimba, nu ca rezultat al poziției simptomatice și al certurilor însoțite de lacrimi cu soțul său, ci mai degrabă ca rezultat al propriei decizii de a nu se mai implica excesiv pe acest palier. Cu toate acestea, când plănuia chiar și o mică schimbare specifică în această direcție (de ex., să-i spună soțului că nu-i va mai pregăti prânzul sau că nu-i va mai spăla rufele, pentru că era obosită și avea nevoie să aibă mai multă grijă de ea însăși), nu își ducea planul la bun sfârșit. Ca reacție la anxietatea și mișcările de opoziție

previzibile ale dlui R., dna R. reinstaura starea obişnuită a lucrurilor şi recădea în depresie şi înverşunare. În asemenea momente, eu reîncepeam o investigare sistemică atentă, care viza clarificarea manierei exacte în care dna R. vedea consecinţele unor astfel de schimbări asupra acestui sistem relaţional. Prin intermediul întrebărilor de acest fel, dna R. a ajuns să realizeze că frica cea mai mare a sa era că, dacă va continua să facă schimbări la ea însăşi, acest lucru ar putea-o costa căsnicia.

Nu m-am ferit să-i pun dnei R. întrebări specifice despre cum va putea să aibă grijă de ea însăşi dacă va rămâne fără un soţ şi exact ce planuri pe termen scurt şi lung îşi făcea în ce-o privea. I-am transmis clar faptul că nu prevedeam un divorţ, ci mai degrabă că îi luam anxietăţile în serios, mai ales în lumina statisticilor curente cu privire la divorţuri şi a datelor disponibile referitoare la condiţiile de sărăcie cu care se confruntau mamele divorţate cu copii în îngrijire. Cu cât îi puneam întrebări mai precise în legătură cu acest subiect, cu atât devenea mai limpede faptul că dna R. pur şi simplu nu gândea în termenii propriilor planuri de viaţă şi ţeluri profesionale. Ca produs al generaţiilor succesive de socializare în funcţie de rolurile de gen, dna R. fusese crescută cu convingerea că se va căsători şi soţul va avea grijă de ea, iar toate nevoile îi vor fi îndeplinite de soţul şi de copiii săi. În schimb, descoperise că ea avea grijă de toţi şi nimeni nu avea grijă de ea — cu excepţia minimelor beneficii secundare pe care le suscita depresia ei simptomatică. Nu putea însă începe să aibă grijă de ea însăşi, de vreme ce se temea că schimbările sale ar putea destabiliza un aranjament marital care pentru ea nu constituia numai o relaţie emoţională esenţială, ci şi o chestiune de supravieţuire.

Opinia mea este că o femeie nu poate salva o căsătorie nefericită până când nu-şi poate salva şi propriul sine. Mai cred şi că nimic nu este mai important pentru femei decât să aibă un plan de viaţă care nici să nu necesite, nici să nu excludă o căsnicie. Această afirmaţie reflectă mai mult decât convingerea mea că atât bărbaţii, cât şi femeile lipsite de ţeluri personale şi profesionale pe termen lung sunt în mod special vulnerabili la depresie şi la alte simptome, precum şi la comportamente disfuncţionale. Mai la obiect, problema este cea a supravieţuirii economice. Statisticile sugerează că, dacă actualele curente continuă, femeile singure cu copii în îngrijire, precum şi femeile mai în vârstă vor alcătui, până la începutul secolului următor, aproape toată populaţia săracă a ţării noastre. Deşi nu intră în responsabilitatea unui psihoterapeut să încurajeze femeile să intre în câmpul muncii, experienţa mi-a arătat că o investigare sistemică amănunţită (care include întrebări despre mandatele cu privire la profesie şi carieră predate

de generațiile anterioare de femei) va conduce pacientele la a-și analiza în cele din urmă propria poziție față de acest subiect, fără a porni nici de la o nevoie de a se conforma și nici de la una de a se revolta împotriva presiunilor culturale și ale dorințelor și așteptărilor altora (Lerner, 1987).

Dna R. a ales să nu formuleze planuri de carieră de-a lungul travaliului pe care l-am parcurs împreună. Și-a exprimat însă cu o mai mare claritate teama că doar un soț o ținea departe de ajutorul social și a explorat impactul pe care îl aveau asupra căsniciei dependența sa economică și alegerea sa de a miza totul pe o singură carte, aceea a rolului ei. Pe măsură ce stima de sine și încrederea în propriile resurse au crescut, a devenit mai încrezătoare că ar putea găsi o metodă de supraviețuire dacă ar fi cazul și că nu mai era nevoită să-și mențină căsnicia oricare ar fi fost prețul pe care l-ar fi avut de plătit cu privire la ea însăși. Astfel, a dobândit capacitatea de a renunța la rolul său de culpabilizare a soțului și, totodată, de supunere față de el și a început să se autoafirme cu privire la o serie de subiecte aprinse în relația lor, incluzând poziția sa de responsabilitate excesivă pe scena domestică. Deși comportamentele sale schimbate au precipitat într-adevăr o criză maritală, incluzând amenințarea cu divorțul din partea soțului, care a început o scurtă aventură, căsnicia lor a rezistat în cele din urmă la presiunea schimbării și a devenit în final mai puternică. La un an după încheierea tratamentului, dna R. mi-a scris că familia sa se mutase într-un alt oraș, în urma unei promovări profesionale a soțului. Ea se înscrisese într-un program masteral de consiliere psihologică și, deși întâmpina încă dificultăți, se afla cât se poate de departe de o depresie clinică.

Depresia și furia

În literatura psihanalitică, atât populară (Rubin, 1970), cât şi clasică (Abraham, 1927; Freud, 1956), depresia a fost asociată cu evitarea conştientizării şi exprimării furiei. Depresia a fost conceptualizată ca „furie întoarsă spre interior“ sau „furie întoarsă spre sine“, presupunându-se că agresivitatea refulată constituie sursa propriu-zisă a depresiei, iar depresia, la rândul ei, se poate disipa prin simpla exprimare a furiei sau mâniei față de obiectul adecvat. Mai recent, vechea teorie privind furia spre interior/furia spre exterior, care afirmă că „a-ți da frâu liber“ oferă protecţie împotriva riscurilor psihologice pe care le implică înăbuşirea acesteia, a fost pusă la îndoială atât de date empirice, cât şi de experienţa clinică (Tavris, 1982; Weissman şi Klerman, 1984; Lerner, 1985).

În mod evident, capacitatea de a da glas furiei şi de a protesta în numele propriu este fundamentală pentru menţinerea demnităţii şi imaginii bune de sine, constituind un instrument crucial atât al schimbării personale, cât şi al celei sociale. Înaintea celui de-al doilea val al feminismului, femeile depresive, precum dna R., se simţeau personal vinovate de propria nefericire şi se prezentau în cabinetele noastre cu o perspectivă centrată pe nevroza personală sau, ca alternativă, învinuindu-le pe mamele lor. În contrast, femeile contemporane, conştientizând că „personalul este politic“, au început să pună la îndoială şi să schimbe rolurile şi regulile care au definit în mod fals, au restricţionat şi au etichetat greşit viețile femeilor. În lipsa acestui proces de creştere a nivelului de conştientizare şi de schimbare socio-politică (în care conştientizarea furiei joacă un rol esențial), depresia nu reprezintă nimic mai mult decât un aspect universal al condiţiei de a fi femeie. Bernardez-Bonesatti (1978) a fost prima autoare care a explorat puternicele interdicţii interne şi culturale împotriva furiei feminine şi consecinţele psihologice ale unor asemenea injoncţiuni, incluzând depresia.

În vreme ce depresia poate servi drept o formă indirectă de protest, aceasta poate şi să ţină în frâu furia şi să-i ascundă sursele. În cazul dnei R., depresia sa simptomatică a împins către schimbări în cadrul relaţiei maritale (de ex., dl R. a început să se ocupe de treburile casnice şi să aibă grijă de copii, pentru a-i ţine locul soţiei sale disfuncţionale), dar o şi proteja pe dna R. de a-şi exprima

nemulţumirile cu claritate şi de a pune la încercare în mod deschis starea lucrurilor în căsnicie. Poziţia adoptată de dna R., în care ea era bolnava ori pacienta depresivă din familie, i-a diminuat şi mai mult stima de sine şi sentimentul de competenţă, conducând la scăderea probabilităţii ca ea să se simtă îndreptăţită să dea glas propriilor nemulţumiri şi să ia o atitudine nouă şi diferită în privinţa nevoilor sale.

În acelaşi timp, exprimarea furiei nu le oferă femeilor protecţie împotriva depresiei. Spre exemplu, dna R. nu era ajutată de faptul că îl învinuia pe soţul său pentru nefericirea ei şi nici de consolidarea legăturii cu mama ei prin faptul că i se plângea acesteia de soţ. Femeile depresive iau parte adesea la nesfârşite cicluri de certuri, plângeri şi culpabilizări care nu le duc nicăieri, ci doar le întăresc sentimentele de neajutorare, neputinţă şi imagine de sine deficitară.

Sentimentele de depresie, stimă de sine scăzută, trădare de sine şi chiar ură faţă de propria persoană sunt inevitabile atunci când femeile se luptă cu circumstanţe nedrepte, dar continuă să se supună la acestea, când se angajează în relaţii care le trădează propriile convingeri, valori şi ţeluri personale, sau când se regăsesc îndeplinind stereotipul social al femeii nesuferite, cicălitoare, înverşunate sau distructive (Bernardez-Bonesatti, 1978; Lerner, 1985).

În cazul dnei R., ca în multe cazuri, depresia sa nu s-a atenuat prin intermediul exprimării furiei faţă de cei dragi, precum soţul său, pentru sentimentul său de îndreptăţire şi atitudinea sa superioară, sau faţă de mama sa, pentru posesivitatea şi implicarea excesivă ale acesteia, sau faţă de tatăl său, pentru distanţa şi indisponibilitatea lui emoţională. Furia ei a constituit mai degrabă o parte dintr-un proces mai complex, în care dna R. a devenit un mai fin observator al tiparelor relaţionale mai largi şi a devenit mai conştientă de necesitatea ca ea să îşi modifice contribuţia la acestea. Spre exemplu, plângerile furioase şi repetitive ale dnei R. în cadrul terapiei cu privire la absenţa emoţională a tatălui nu au reuşit s-o ajute să-şi depăşească depresia. Semnificativă a fost capacitatea pe care a dobândit-o în timp de a se conecta cu paşi mici cu acesta, în ciuda înaltului nivel de rezistenţă evocată atât din interior, cât şi din exterior.
O asemenea schimbare din partea dnei R. a devenit posibilă numai odată ce petrecuse o considerabilă perioadă în terapie adunând informaţii despre date, tipare şi triunghiuri familiale, ceea ce i-a permis să plaseze distanţarea tatălui său într-un cadru sistemic mai larg, în care niciun individ nu era considerat a reprezenta cauza unică a problemelor familiale.

Pe scurt, depresia nu este furie întoarsă spre interior, deşi negarea furiei şi lipsa conştientizării surselor acesteia pot întări depresia şi împiedica luarea de măsuri eficiente. Depresia clinică şi furia şi înverşunarea cronică au loc împreună, adesea semnalând necesitatea de schimbare într-un sistem relaţional care este inconştient perceput ca fiind lipsit de flexibilitatea de a tolera schimbarea. Deşi furia este îndreptată către alţii („Dacă n-ar fi el…“), iar depresia este îndreptată spre sine („Ce e în neregulă cu mine?“), ambele forme de reactivitate emoţională devin mai puţin intense atunci când femeia devine capabilă să identifice şi să modifice propria contribuţie la tiparele şi triunghiurile relaţionale care o menţin blocată şi când dobândeşte capacitatea de a deveni expertă cu privire la nevoile, dorinţele şi priorităţile sinelui.

Dacă sentimentele de depresie sau furie o împing în cele din urmă pe femeie în direcţia schimbării pozitive, atunci acestea au jucat un rol crucial. Expresiile repetitive ale intensităţii emoţionale deţin însă doar o mică valoare terapeutică inerentă şi deseori blochează capacitatea pacientei de a se gândi la dilema sa, în loc de a reacţiona pur şi simplu la aceasta. Terapeuţii care lucrează la scoaterea la suprafaţă a sentimentelor de furie ale pacientelor depresive ca un scop terapeutic în sine sau care operează în principal în rolul de ascultare compătimitoare a plângerilor pacientei cu privire la alţi membri ai familiei pot reproduce un triunghi disfuncţional în care apropierea terapeut-pacientă operează în detrimentul relaţiei pacientei cu acel alt membru al familiei care este considerat rău, bolnav sau vinovat (Lerner şi Lerner, 1983).

Depresia și orientarea relațională a femeilor

Autoarele feministe sugerează că femeile diferă de bărbați prin nevoia lor mai puternică de afiliere la ceilalți și de îngrijire a acestora (Miller, 1976; Gilligan, 1983). Noțiunea conform căreia legăturile emoționale au un rol central în ce privește sentimentul de sine al unei femei, comparativ cu rolul pe care-l joacă în sentimentul de sine al unui bărbat, a fost evocată pentru a explica rezultatele unor cercetări care indicau o mai mare vulnerabilitate a femeii la depresie — o vulnerabilitate întâlnită în rândul tuturor claselor economice și de-a lungul tuturor etapelor ciclului vieții (Scarf, 1980). Deși teoreticienii feminiști consideră că atitudinea înclinată spre afiliere a femeilor reprezintă mai degrabă un punct forte decât unul slab, conform interpretărilor ulterioare, lucrările acestora ar sugera că o dedicare principală față de relație constituie un risc în termenii sănătății emoționale și un factor-cheie în dezvoltarea depresiei la femei. Unii experți (Scarf, 1980) avansează ideea că femeile ar avea o „orientare spre oameni“ fundamentată biologic, orientare care le predispune la depresie atunci când relațiile eșuează, în timp ce alți autori au invocat mai degrabă cultura decât natura, dar ajungând la aceeași concluzie (Braverman, 1986).

Deși există într-adevăr o legătură între depresia femeilor și poziția acestora în relații, conexiunea între afiliere și vulnerabilitatea la depresie nu a fost clar explicată. Valorizarea căsătoriei și a familiei, a intimității și a atașamentului reprezintă o resursă a sănătății mentale, și nu un factor de risc; o puternică orientare înspre relații nu va predispune câtuși de puțin un individ la depresie, chiar și când acea relație se încheie. De fapt, cercetările demonstrează în mod univoc faptul că femeile se descurcă mult mai bine în absența bărbaților decât se descurcă bărbații în absența femeilor, în ciuda dezavantajelor financiare ale femeilor (Bernard, 1973). Așa cum știe fiecare companie de asigurări, bărbații lipsiți de soții constituie cel mai vulnerabil grup la un spectru alarmant de cuprinzător de tulburări emoționale și fizice. Bărbații au nevoie de femei la fel de mult sau mai mult decât au femeile nevoie de bărbați, deși există o mai mare probabilitate ca nevoile de dependență ale bărbaților să fie ascunse (Lerner, 1983; Eichenbaum și Orbach, 1983). Contrar mitologiei populare, sexul masculin este mult mai vulnerabil la a deveni disfuncțional în contextul

singurătății.

Pe scurt, nu nevoile de afiliere sau orientarea relațională sunt cele care le predispun pe femei la depresie, întrucât conectarea emoțională reprezintă o nevoie umană fundamentală, precum și un punct forte. Ce merită atenţia noastră este mai degrabă ce li se întâmplă femeilor în cadrul relațiilor. Aici, structurarea rolurilor de gen și profundul impact al statutului subordonat și devalorizat al femeilor au implicații extrem de complexe în termenii poziției vulnerabile a unei femei în familia sa de origine și în căsnicie (Carmen, 1981; Lerner, 1985). Modurile în care femeile au suferit din cauza structurii tradiționale a vieții familiale — ori a destrămării acesteia prin intermediul divorțului — au fost amănunțit documentate de specialiști aparținând unui mare număr de discipline (Bernard, 1973; Carmen, 1981; Wheeler, 1985) și nu este nevoie să le elaborăm aici. În vreme ce nivelul mai înalt al incidenței depresiei în rândul femeilor are multe surse, valorizarea primară a relațiilor (atunci când relaționarea nu are loc în detrimentul sinelui) constituie o parte din soluție, nu din problemă.

Post-scriptum: „personalul este politic“

Ca psiholog și psihoterapeut, aspectul pe care mă axez în mod principal în lucrul cu femei care suferă de depresie constă în factorii intrapsihici inextricabil întreţesuţi cu tiparele familiale disfuncţionale. Cu toate acestea, este important de remarcat faptul că disfuncţiile individuale sau familiale sunt inseparabile de disfuncţiile culturii patriarhale (Carmen, 1981; Goldner, 1985b; Hare-Mustin, 1987). Poziția dnei R. în cadrul familiei sale de origine reprezintă un exemplu în acest sens. Dansul mult prea familiar — în mod repetitiv repus în scenă de soţul/tatăl distant, soția/mama concentrată pe copii și fiica simptomatică, prea loială ca să-și permită propria creștere — este prescris și perpetuat de sistemul social patriarhal, întocmai cum acest tip specific de organizare familială întărește și perpetuează aceeași disfuncție socială. Atâta vreme cât bărbaţii sunt cei care construiesc și modelează cultura în lumea din afara casei, atâta vreme cât femeile nu sunt libere să definească termenii propriilor vieți, atâta vreme cât societatea continuă să transmită mesajul că mama este mediul copilului, atunci triada bazală disfuncțională a tatălui distant, a mamei excesiv implicate, intens emoțional, și a copilului căruia îi rămâne prea puțin spațiu de creștere constituie o consecință naturală și un microcosmos al culturii (Lerner, 1978; Goldner, 1985a).

Structura familială și structura socială formează un ciclu circular, aflat într-o spirală descendentă, care se autoperpetuează (Lerner, 1978). Cu cât se va continua împiedicarea femeilor de la parcurgerea propriei dezvoltări și excluderea lor din pozițiile de putere și autoritate din afara casei, cu atât vor deveni acestea mai centrate excesiv pe copii. Pe măsură ce intensitatea emoțională și intimitatea se regăsesc din ce în ce mai mult în diada mamă-copil, distanța și izolarea emoțională ale soţului/tatălui devin mai consolidate. La rândul lor, copiii care cresc în acest context pot dezvolta un sentiment de groază față de puterile „distructive“ ale femeilor și, într-o încercare defensivă de a limita și a restricționa mai departe sferele de activitate ale femeilor și controlul acestora asupra propriilor vieți adulte, se pot direcționa către soluții patriarhale proprii. Firește că „soluția“ nu face decât să perpetueze problema și să contribuie, printre altele, la nivelul înalt al incidenței depresiei în rândul femeilor.

Cum pot fi întrerupte asemenea cicluri şi unde ar trebui intervenit pentru a produce o schimbare? În ce-o priveşte pe dna R., o mare parte a travaliului s-a axat pe tiparele şi structurile rigide care îi inhibau dezvoltarea în cadrul familiei şi al căsniciei. Din experienţa mea, lucrul individual derivat dintr-un model sistemic familial este deosebit de eficace în facilitarea diferenţierii sinelui şi în modificarea structurilor psihice şi a reprezentărilor de obiect internalizate distorsionate, care îşi au originile în experienţa familială timpurie. Disfuncţiile individuale şi familiale nu pot fi înţelese însă în lipsa examinării extrem de atente a semnificaţiilor şi implicaţiilor sistemelor patriarhale care modelează şi dau forma finală a familiei şi a procesului propriu-zis de diferenţiere a sinelui. Cu siguranţă că eşecul de a acorda atenţie consecinţelor structurii patriarhale asupra funcţionării individuale şi familiale nu poate avea ca rezultat decât dezvoltarea unor teorii parţiale şi incorecte cu privire la depresia femeilor, precum şi limitarea capacităţii noastre de a fi agenţi ai schimbării.

Referințe bibliografice

Abraham, K. (1927), Notes on the Psychoanalytic Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. Selected papers. London: Hogarth Press.

Ault-Riché, M. (1986), Love and Work: One Woman's Study of Her Family of Origin. Topeka Kans.: Menninger Video Productions, The Menninger Foundation.

Bernard, J. (1973), The Future of Marriage, New York: Bantam.

Bernardez-Bonesatti, T. (1978), „Women and anger: conflicts with aggression in contemporary women", în Journal of the American Medical Women's Association, 33 (5): 215–219.

Bowen, M. (1978), Family Therapy in Clinical Practice, New York: Jason Aronson.

Braverman, L. (1986), „The depressed woman in context: a feminist family therapist's analysis", în Women and Family Therapy, coord. M. Ault-Riché, pp. 90–99. Rockville. Md.: Aspen.

Carmen, E., Russo, N.F. şi Miller, J.B. (1981), „Inequality and women's mental health", în American Journal of Psychiatry, 138 (10): 1319–1330. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes, coord. P.P. Rieker și E. Carmen, pp. 125–138, New York: Plenum, 1984.

Carter, B. (1986), „Success in family therapy", în The Family Therapy Networker, 10 (4): 16–22.

Eichenbaum, L. şi Orbach, S. (1983), What Do Women Want? New York: Coward McCann.

Freud, S. (1920), „Doliu și melancolie“, în Opere esențiale, vol. 3 — Psihologia inconștientului, pp. 191–211, București: Editura Trei, 2010.

Gilligan, C. (1983), In a Different Voice. Boston: Harvard University Press.

Goldner, V. (1985a), „Feminism and family therapy“, în Family Process 24 (1): 31–47.

_____ (1985b), „Warning: Family therapy may be hazardous to your health“, în The Family Therapy Networker, 9 (6): 29–23.

Hare-Mustin, R.T. (1987), „The problem of gender in family theory“, în Family Process, 26 (1): 15–27.

Kerr, M. (1981), „Family systems theory and therapy“, în Handbook of Family Therapy, coord. A. Gurman și D. Knistern, pp. 226–364, New York: Brunner/Mazel.

Lerner, H.G. (1978), „On the comfort of patriarchal solutions: Some reflections on Brown’s paper“, în Journal of Personality and Social Systems, 1 (3): 47–50.

_____ (1979), „Effects of the nursing mother-infant dyad on the family“, în American Journal of Orthopsychiatry, 49 (2): 339–348.

_____ (1980), „Internal prohibitions against female anger“, în The American Journal of Psychoanalysis, 40 (2): 137–148.

_____ (1983), „Female dependency in context: Some theoretical and technical considerations“, în American Journal of Orthopsychiatry, 53 (4): 697–705. De asemenea, în The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes, coord. P.P. Rieker și E. Carmen, pp. 125–138, New York: Plenum, 1984.

_____ (1985), Dansul furiei. Ghid pentru femeile care vor să schimbe tiparul propriilor relații, București: Editura Herald, 2018.

_____ (1987), „Work and success inhibitions in women“, în Bulletin of the Menninger Clinic, 51 (4): 338–360.

Lerner, S. (1984), Constructing the Multigenerational Family Genogram:

Exploring a Problem in Context. Topeka, Kans.: Menninger Video Productions, The Menninger Foundation.

Lerner, S. şi Lerner, H.G. (1983), „A systemic approach to resistance: theoretical and technical considerations“, în American Journal of Psychotherapy, 37 (3): 387–399.

McGoldrick, M. şi Gerson, R. (1985), Genograms in Family Assessment, New York: W.W. Norton.

Miller, J.B. (1976), Toward a New Psychology of Women. Boston: Beacon.

Rich, A. (1976), Of Woman Born, New York: W.W. Norton.

Rubin., T. (1970), The Angry Book, New York: Collier.

Scarf, M. (1980), Unfinished Business, New York: Doubleday.

Tavris, C. (1982), Anger: The Misunderstood Emotion, New York: Simon & Schuster.

Weissman, M. şi Klerman, G. (1984), „Sex differences and the epidemiology of depression“, în The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes, coord. P.P. Rieker şi E. Carmen, pp. 160–195, New York: Plenum.

Wheeler, D. (1985), „The fear of feminism in family therapy“, în The Family Therapy Networker, 9 (6): 53–55.

---

[30] Acest capitol a fost publicat iniţial în 1987, cu titlul „Female Depression: Self-sacrifice and Self-betrayal in Relationships“, în Women and Depression: A Lifespan Perspective, coord. A. Gurian şi P. Formanek, pp. 220–221, New York: Springer.

[31] În cadrul unei genograme, pătratele indică bărbaţi, iar cercurile, femei. Linia orizontală dintre un pătrat şi un cerc indică o căsătorie. Copiii sunt marcaţi prin linii verticale care coboară din linia căsătoriei, în ordine cronologică, începând, de la stânga la dreapta, cu cel mai în vârstă. Un X în interiorul unui cerc sau al unui pătrat indică faptul că persoana respectivă a decedat.

[32] Cititorii care nu sunt familiarizaţi cu teoria sistemică, care accentuează utilizarea clinică a genogramei, ar trebui să consulte Kerr (1981), S. Lerner (1984), McGoldrick şi Gerson (1985) şi Ault-Riché (1986).

[33] Rata curentă a divorţurilor este de aproape 50 la sută, iar rata divorţurilor în familii recăsătorite se presupune că va atinge 60 la sută pe parcursul acestui deceniu. Ca urmare a deciziilor de divorţ, femeile şi copiii sunt cei care tind să ajungă într-o situaţie financiară precară. Femeile divorţate şi copiii acestora suferă un declin de 73 la sută al nivelului de trai, în timp ce bărbaţii ating o creştere de 42 la sută (Carter, 1986; Hare-Mustin, 1987).

Capitolul 14

O critică a contribuțiilor psihanalitice feministe

În acest ultim capitol, voi aduce o critică la adresa aspectelor-cheie din cadrul teoriei feministe a dezvoltării. Principalul meu obiectiv este de a ilustra faptul că o mare parte din teoria psihanalitică feministă rămâne axată în mod limitat pe rolul mamei, în detrimentul recunoaşterii atât a cauzalităţii circulare din cadrul familiilor, cât şi a procesului familial interconectat. În plus, îmi voi mărturisi îngrijorarea cu privire la posibilitatea ca feministele să contribuie involuntar la generalizările polarizate referitoare la apartenenţa de gen care exagerează diferenţele dintre grupuri, în acelaşi timp minimizând diferenţele din cadrul acestora. O mare parte dintre lucrările mele, incluse în acest volum, nu se ridică deasupra criticilor pe care le voi aduce aici; din contră, multe capitole din cadrul cărţii de faţă oferă o bună ilustrare tocmai a problemelor pe care le voi pune în discuţie.

Feministelor le-a fost relativ uşor să revizuiască teoria psihanalitică şi, de înţeles, ne-a fost mai dificil să ne privim pe noi înşine şi pe surorile noastre feministe cu ochi critici. Cu toate acestea, mi-am asumat această sarcină, întrucât sunt de părere că teoria feministă nu va reuşi să progreseze dacă nu ne putem exprima diferenţele şi dezacordurile în cadrul unui forum public, unde şi alţii pot să se alăture şi să răspundă. Opinia mea este că enorma putere şi integritate a feminismului constă în diversitatea acestuia şi că dăm cea mai mare dovadă de respect faţă de teoria feministă punând-o în practică. În spiritul acestui fapt, îmi voi prezenta critica.

Centrarea pe mamă în teoriile psihanalitice feministe

Autorii dedicați istoriei maternității ne amintesc că, începând din timpurile revoluției industriale, mamele au fost glorificate și culpabilizate — fie înconjurate de o aură de idealizare romantică, fie alese ca țintă a unei necruțătoare denigrări (Bernard, 1974; Rich, 1976). Teoria psihanalitică a reflectat, dar a și format cultura populară, explicarea patologiei individuale rămânând încă un joc liniar, în sens retroactiv, de „găsire a criminalului“, care se încheie prin a arăta cu degetul în direcția mamei. Indiferent dacă atenția psihodinamică vizează trăsăturile și sensibilitățile speciale ale „mamei bune“ (sau ale mamei „îndeajuns de bune“) sau aspectele patogene ale „mamei rele“, presupunerea implicită sau explicită este că mama este mediul bebelușului și al copilului, în mod deosebit în timpul stadiilor timpurii și mai critice de dezvoltare.

A spune că învinuirea mamei constituie în continuare o problemă în domeniul nostru nu implică faptul că gândirea psihanalitică adăpostește o ostilitate inconștientă față de femei în calitatea lor de mame, care să ne modeleze teoria și practica, deși firește că acest lucru ar putea fi valabil în cazul unora. Ideea este mai degrabă că teoria psihanalitică a rămas prinsă într-un cadru epistemologic care pleacă de la premisa că orice i se întâmplă copilului este într-o mare măsură rezultatul a cine este mama și a ce face și nu face aceasta. Această premisă a condus la o intensă preocupare în ce privește puterea maternă și diada mamă-copil, în detrimentul unei înțelegeri mai largi și mai obiective a proceselor familiale și a manierei în care fetițele și băieții parcurg procesul de diferențiere în cadrul familiei.

Timp de mai mult de un deceniu, importante autoare feministe au pus sub semnul întrebării culpabilizarea mamei, atrăgând atenția asupra contextului patriarhal mai larg în care are loc maternajul. Redirecționând centrarea cauzalității dinspre mamă înspre cultură, acestea susțin că interacțiunile patologice mamă-copil derivă în mod natural din statutul subordonat al femeilor și din structurile construite social ale vieții familiale și profesionale. Perspectiva feministă a fost neprețuită în privința demonstrării faptului că diada mamă-copil

nu poate fi înțeleasă separat de cultură și de instituția maternajului, așa cum a fost aceasta definită de cultura de grup dominantă. Rich (1976) prezintă minuțios, în cartea sa clasică, Of Woman Born (Născută din femeie), această distincție fundamentală între potențiala tranzacție dintre mamă și copil și distorsiunile acestei legături ce au loc prin intermediul maternajului ca instituție.

Deși contribuția feministă cu privire la maternaj este incalculabilă, aceasta este în egală măsură problematică. Chiar și în 1982, Chodorow și Contratto remarcau că atât cultura populară, cât și teoria feministă erau încă preocupate de fantasmele cu privire la puterea și perfectibilitatea materne, avându-și rădăcinile în noțiuni iraționale referitoare la responsabilitatea maternă. De vreme ce idealizarea și culpabilizarea sunt două fațete ale aceleiași convingeri privind mama omnipotentă, autoarele consideră teoria feministă ca fiind restricționată de faptul că nu am depășit îndeajuns de mult limitele propriului proces primar. „Teoriile feministe cu privire la maternaj nu au reușit să meargă mai departe pentru că… sunt prinse în capcana premiselor și fantasmelor culturale dominante referitoare la maternaj, care se bazează la rândul lor pe noțiuni fantasmate și neexaminate legate de dezvoltarea copilului.“ (1982, p. 69) În vreme ce feministele pot privi comportamentul matern drept un produs al circumscrierii mamei în patriarhat, și nu drept o reflexie a propriei nevroze personale, autoarele ne amintesc că încă persistăm în a percepe mama și copilul drept o diadă izolată care trăiește într-un cerc magic sau blestemat.

Taberele intrapsihică și sistemică

În vreme ce Chodorow și Contratto (1982) ne propun să plasăm relația bilaterală dintre mamă și copil în contextul „relațiilor multifațetate cu restul lumii“, scrierile propriu-zis semnate de Chodorow (1978) nu reflectă această viziune mai largă, interactivă, la fel cum nu o regăsim (așa cum voi ilustra ulterior) nici la alți teoreticieni care operează dintr-o perspectivă psihanalitică feministă. Ansamblul încapsulat alcătuit din mamă și copil sau triada oedipiană formată din mamă, tată și copil constituie în continuare cadrul principal, dacă nu chiar exclusiv, al observației și elaborării de teorii feministe, astfel încât complexitatea relațiilor familiale interconectate rămâne ascunsă privirii noastre. În timp ce recenta redirecționare s-a îndreptat înspre o reîncadrare pozitivă a dezvoltării feminine (Herman și Lewis, 1986; Jordan și Surrey, 1986), s-au făcut foarte puțini pași către înțelegerea interacțiunilor mamă-copil și a procesului de diferențiere a sinelui în cadrul contextului familial nuclear și multigenerațional mai extins.

Remarcând că modelele noastre privind dezvoltarea nu localizează mama și copilul în cadrul unei rețele interactive a altor relații, Chodorow și Contratto (1982) nu menționează însă existența unor teorii sistemice bine dezvoltate, care evită reificarea sinelui intrapsihic separat de contextul interpersonal și care demonstrează cu eleganță că diada mamă-copil nu poate fi înțeleasă izolat de întregul ansamblu. Este important de evidențiat că un cadru aparținând de teoria sistemelor familiale nu influențează aspecte precum caracterul individual, de cuplu ori de familie al terapiei, durata acesteia — scurtă sau lungă — sau orientarea ei pe simptom sau în profunzime. Gândirea sistemică reprezintă mai degrabă un cadru epistemologic care respinge un model liniar al cauzalității (anume în care un membru al familiei este privit ca fiind „cauza“ problemelor altuia ori ca având o putere nedirecționată asupra întregului ansamblu), ci, în schimb, membrii familiei sunt considerați a constitui elemente într-un circuit de interacțiuni, în care fiecare membru îi influențează pe ceilalți și este, la rândul său, influențat de aceștia. Înțelegerea dintr-o perspectivă sistemică a problemelor ce țin de dezvoltarea feminină și de diferențierea sinelui acestora necesită o investigare atentă, pentru a aduce la suprafață constelații specifice de secvențe

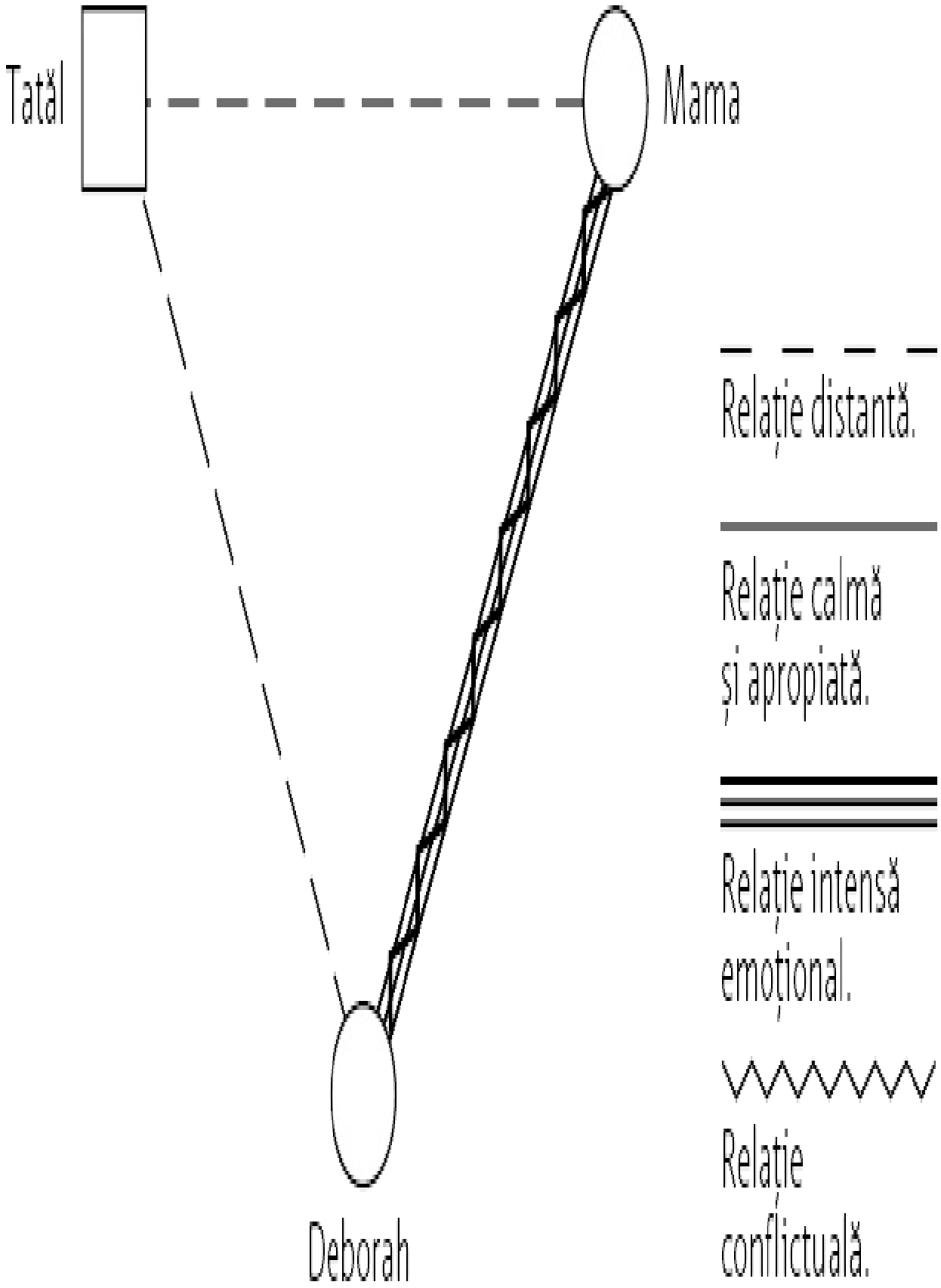
tranzacţionale care deviază de la procesele familiale normale în moduri care au ca rezultat simptome disfuncţionale. Câmpul de observaţie sau investigaţie al terapeutului include tiparele reciproce, repetitive, circulare, menţinute de toţi membrii familiei (incluzând generaţiile trecute), şi nu calitatea maternajului sau diada mamă-copil.

Chestiunea importantă nu este dacă gândirea sistemică este mai „corectă“ decât alte perspective. Ce consider eu însă semnificativ este că autorii de psihanaliză feministă tratează în mod evident teoria sistemelor familiale ca şi cum „n-ar fi acolo“. Literatura psihanalitică feministă curentă încă acordă o enormă atenţie rezumării şi criticării noţiunilor eronate introduse de Freud şi succesorii săi, dar omite în mod flagrant scrierile publicate în 1982 de Women’s Project in Family Therapy (Proiectul de terapie familială al femeilor) şi, drept vorbind, contribuţia oricărui teoretician sistemic sau terapeut de familie feminist.[34] De vreme ce teoria feministă este prin natura sa contextuală, este remarcabil faptul că am plasat diada mamă-copil în sistemul cultural, dar am trecut peste analizele sistemice ale proceselor familiale nucleare şi multigeneraţionale. Pentru a realiza această performanţă a logicului, am repartizat intrapsihicul şi sistemicul în tabere distincte, ca şi cum ar fi separabile unul de celălalt, ceea ce ne-a transformat în prizonierii unei perspective înguste, liniare, în ciuda faptului că facem eforturi de a recunoaşte importanţa interacţiunii, a influenţei reciproce, a procesului şi a contextului.[35]

Gândirea liniară și atribuirea cauzalității

Tendința înspre o gândire liniară și polarizată constituie tendința noastră naturală, fie că aparținem sau nu de curentul feminist, și este una pe care o depășim cu dificultate. Mi-a fost recent reamintit acest fapt în timp ce ofeream consultanță unei echipe psihiatrice cu experiență, în cadrul unui centru de sănătate mentală de pe Coasta de Est. Pacienta în cauză, Deborah, era în clasa a doua și prezenta probleme comportamentale acasă. Diagrama 1 ilustrează triada formată din mamă, tată și fiică, evocată și întărită de cultură și regăsită adesea în situații clinice. Așa cum se întâmplă în mod tipic în cadrul structurilor familiale, se puteau observa o relație maritală distantă, o relație tată-fiică distantă și o relație mamă-fiică intensă și conflictuală. Este relevantă pentru acest capitol o scurtă descriere a manierei în care fiecare membru al echipei desemna responsabilitatea pentru comportamentul simptomatic al lui Deborah și pentru forma și tipul relațiilor familiale.

Diagrama 1: relațiile familiale


Tatăl
Mama
Deborah
Relație distantă.
Relație calmă
și apropiată.
Relație intensă
emoțional.
Relație
conflictuală.

Psihiatrul evaluator, care avea rolul principal în ce privește formularea diagnostică, vedea simptomele lui Deborah ca fiind un produs al maternajului defectuos. Raportul său consemna fluctuațiile mamei de la o indisponibilitate neglijentă la suprastimulare și intruziune, concluzionând că „lipsa de acordaj a mamei la nevoile afective ale copilului a împiedicat dezvoltarea imaginilor de sine, a reprezentărilor sinelui și ale altora și a idealului Eului. Simptomele lui Deborah s-au înrăutățit în cursul unei perioade de implicare maternă excesivă, care a condus-o pe fiică la incapacitatea de a negocia separarea-individuația într-o manieră neamenințătoare“. În această formulare, era implicită noțiunea că mama lui Deborah pusese în mișcare toate cele trei laturi ale triunghiului; implicarea sa excesivă în privința fiicei „îl împinsese pe tată în afară“ (de aici diada distantă tată-fiică) și condusese la o distanță maritală din ce în ce mai accentuată. Raportul medicului menționa că problemele mamei își aveau originile în relația patologică a acesteia cu propria mamă.

Asistenta socială din cadrul echipei a pus la îndoială atribuirea cauzalității stabilite de către psihiatrul evaluator și a prezentat o argumentație la fel de convingătoare conform căreia tatăl lui Deborah era cel responsabil. Apelând la date atent documentate și la istoricul de familie, aceasta a ilustrat faptul că simptomele lui Deborah urmaseră imediat apariției depresiei tatălui și retragerii emoționale concomitente a acestuia din cadrul familiei, în urma morții propriului său tată, la momentul în care Deborah începea clasa a doua. Conform asistentei sociale, simptomele lui Deborah serveau cu succes la „a-l trage pe tată înapoi în familie“ și a-l reconecta cu soția sa prin intermediul preocupărilor parentale atunci când distanța maritală (și depresia tatălui) atingea proporții amenințătoare. Asistenta socială considera că tatăl nu doar că inițiase și menținuse distanța maritală, ci provocase și implicarea excesivă a mamei în privința fiicei („Retragerea din ce în ce mai accentuată a tatălui și parentajul absent al acestuia au cauzat intensificarea relației mamei cu Deborah, precum și tendința mamei de a apela tot mai mult la fiica sa, cu scopul ca aceasta din urmă să-i furnizeze elementele emoționale absente din căsnicie.“). Deși fără intenția de a atribui vina, formularea asistentei sociale îl eticheta pe tată drept punct de pornire al celor trei laturi ale triunghiului.

Pentru a complica ori a amplifica chiar mai mult lucrurile, un psiholog axat pe aspectele biologice a oferit o a treia perspectivă. Deși Deborah nu devenise

vizibil simptomatică până la începerea clasei a doua, aceasta fusese, în opinia psihologului, un copil dificil încă de la naştere, atât în termenii predispoziţiilor afective, cât şi în ai celor fizice. Psihologul a evidenţiat faptul că bebeluşii şi copiii îşi aduc propria valenţă a stimulului în cadrul unei familii, modelând interacţiunile în aceeaşi măsură în care sunt modelaţi de către acestea. De vreme ce un copil dificil supune căsnicia la un mare nivel de stres, distanţa maritală nu era câtuşi de puţin surprinzătoare. De asemenea, comportamentul dificil al lui Deborah stârnea anxietatea maternă şi preocuparea excesivă, în acelaşi timp îndepărtându-l pe tată. Pe scurt, interpretarea de către psiholog a interacţiunilor timpurii mamă-bebeluş l-au condus la a concluziona că „fiica, şi nu mama este cea defectuoasă în acest caz“. Acesta a remarcat că Deborah „provocase“ în mod constant „o reactivitate maternă slabă“. Din această perspectivă, Deborah însăşi putea fi considerată a reprezenta cauza principală a tuturor celor trei laturi ale triunghiului.

Nu era în intenţia acestei echipe să judece „cine era vinovatul“ sau să decidă „de la cine a început“ problema acestui copil simptomatic. Ca teoreticieni şi furnizori ai tratamentului, obiectivul nostru este întotdeauna de a diagnostica şi de a înţelege, şi nu de a arăta cu degetul înspre un anumit membru al familiei. Ar mai trebui menţionat şi că această echipă funcţiona bine, nu doar în lumina formulărilor minuţioase, ci şi din privinţa capacităţii membrilor de a-şi exprima în mod deschis opiniile diferite şi de a admite faptul că fiecare membru prezentase un punct de vedere valoros, care contribuia la un tablou mai complex. Scopul pe care l-am avut în prezentarea acestui rezumat condensat şi parţial al unui proces de evaluare nu este decât să ilustrez cât de natural ne vine să observăm aspectele care se încadrează în modul nostru de a vedea lucrurile şi cu câtă uşurinţă alunecăm într-un limbaj liniar, cauzal, care eclipsează manierele complexe, circulare, înscrise în tipare, în care sunt interconectate sistemele relaţionale.[36]

Teoria psihanalitică feministă a dezvoltării feminine operează de regulă din acelaşi cadru epistemologic prezentat de psihiatrul evaluator al cazului tocmai discutat. Pe de o parte, formulările specifice cu privire la simptomatologia şi dezvoltarea lui Deborah ar putea arăta destul de diferit dacă ar veni din partea unui teoretician feminist, care ar putea privi interacţiunea mamă-fiică dintr-un unghi pozitiv (Herman şi Lewis, 1986; Jordan şi Surrey, 1986). Cu toate acestea, ne reamintim de cunoscutul proverb francez: „Cu cât se schimbă lucrurile, cu atât rămân la fel“. Aspectele care se încadrează în modul feminist de a vedea lucrurile sunt încă cele referitoare la diada mamă-copil, iar cauzalitatea

referitoare la funcționarea normală sau patologică încă rezidă în acest ansamblu extrem de încapsulat, considerat ca deținând o viață proprie.

Pentru a ilustra în continuare acest fapt, voi examina pe scurt două scrieri din cadrul literaturii psihanalitice feministe actuale. Prima este cartea lui Chernin din 1986, intitulată The Hungry Self: Women, Eating and Identity (Sinele înfometat: femeile, mâncatul și identitatea), apreciată la nivel național. A doua este un articol semnat de Jordan și Surrey, din 1986, cu titlul „The-Self-in-Relation: Empathy and the Mother-Daughter Relationship“ („Sinele-în-relație: empatia și relația mamă-fiică“). Acesta din urmă reexaminează și reformulează gândirea psihanalitică actuală (incluzând teoria feministă) și prezintă un nou model de „sine-în-relație“ al dezvoltării feminine. Deși aceste două lucrări nu acoperă nicidecum diversitatea gândirii feministe psihanalitice, ele constituie contribuții importante și influente, reflectând atât punctele forte, cât și problemele stării curente a elaborării de teorii și a practicii clinice.

„Sinele înfometat“ conceptualizat de Chernin: diada mamă-fiică în context istoric

Pentru Chernin, tulburările de alimentaţie şi obsesiile legate de mâncare reflectă probleme de identitate ce îşi au originile în lupta de separare dintre mamă şi fiică. Asemenea majorităţii teoreticienilor psihanalitici feminişti, Chernin aduce o avertizare cu privire la culpabilizarea mamei, subliniind factorii istorici care au restricţionat vieţile mamelor. Aceasta prezintă cu elocvenţă dilemele întâmpinate de fiice, prinse între vieţile lor pline de posibilităţi şi vieţile mamelor, marcate de limitări impuse, furnizând un tablou deosebit de puternic al unei noi generaţii de femei care încearcă să intre într-o lume ce le-a fost negată femeilor din generaţiile anterioare.

În acelaşi timp, maniera în care Chernin înţelege tulburările de alimentaţie şi, mai semnificativ, modul în care ea analizează eşecurile de identitate şi dezvoltare feminină nu depăşesc niciodată limitele diadei mamă-fiică, pe care o descrie ca fiind una de o natură patogenă singulară. Cine este fiica şi cine devine ea — de la stabilirea „încrederii de bază“ şi până la exercitarea voinţei sale şi credinţa în propria iniţiativă —, toate îşi au originile în maniera în care mama răspunde la cele mai timpurii nevoi ale fiicei şi în modul în care le îndeplineşte sau nu. În această privinţă, Chernin nu se îndepărtează de accentul kleinian tradiţional pe mama preoedipiană, concluzionând că „cea mai rodnică înţelegere a psihologiei feminine o vom dobândi din explorarea unităţii duale a mamei şi copilului, diadei gură-sân din copilăria cea mai timpurie“. Legătura mamă-copil este primară, circumscrisă şi magică (de ex., „Bebeluşii simt ce simt mamele lor.“ [p. 122]); nu se face nicio menţiune în întregul text cu privire la taţi sau la procesul familial.

Este semnificativă popularitatea extinsă a acestei cărţi, de mare succes în rândul cercetătoarelor feministe importante. În vreme ce lucrarea lui Friday (1977) My Mother/Myself (Mama mea/Eu însămi) a fost criticată de feministe pentru a fi constituit o lungă înşiruire de culpabilizări ale mamei, prin incriminări, expresii de dezamăgire şi plângeri, cartea lui Chernin a fost aclamată în cercurile psihanalitice feministe ca reprezentând o metaforă inspirată a timpurilor noastre.

Pe de o parte, contribuţia autoarei nu trebuie minimizată; Chernin scrie excepţional şi acordă o atenţie minuţioasă, permanentă, contextului istoric al vieţilor femeilor. Cu toate acestea, în opinia mea, largul interes stârnit de cartea sa reflectă, de asemenea, nivelul la care cultura populară (incluzând cultura feministă) rămâne blocată într-un mod liniar, centrat pe mamă, de observare şi de organizare a complexităţii de informaţii cu care ne confruntăm în încercarea de a înţelege comportamentul uman în general şi dezvoltarea feminină în particular.

Lucrarea lui Chernin ilustrează şi cât de dificilă este menţinerea unei perspective echilibrate, obiective, asupra resurselor şi slăbiciunilor femeilor din generaţiile anterioare, mai ales când acestea sunt mamele şi bunicile noastre. Pentru C-hernin, aceste femei nu au lăsat în urmă mai mult decât o moştenire de privaţiuni şi sărăcire, deşi nu din vina lor; autoarea face rare menţiuni cu privire la deosebita putere, la curajul şi la valoarea aceloraşi femei şi nu spune nimic despre satisfacţiile sau competenţa lor şi nici despre bucuria pe care le-o aduceau stilul de viaţă şi valorile lor tradiţionale. Aceasta scrie: „O mână de reţete preţuite, poate, o viaţă de visuri spulberate şi deziluzii — acestea sunt lucrurile pe care majoritatea femeilor de astăzi le pot primi de la mamele lor“ (p. 42).[37] Din nou, perspectivele polarizate şi parţiale asupra femeilor ca mame (fie ele de natură devalorizantă sau idealizantă) impregnează atât literatura psihanalitică, cât şi cultura populară. Propriile-mi scrieri, precum cele ale lui Chernin, reflectă, de asemenea, această polaritate şi se axează într-o manieră mult prea unilaterală (aşa cum realizez acum) pe drama invidiei şi neîmplinirii materne şi pe sentimentele corespondente de anxietate şi vinovăţie ale fiicei.

Deci, unde au dispărut toţi taţii? În prefaţa cărţii lui Chernin, autoarea face observaţia că axarea sa exclusivă pe mame nu vizează negarea importanţei legăturii tată-fiică, pe care plănuieşte să o abordeze în cadrul unei lucrări ulterioare. Făcând abstracţie de această precizare, teoria sa cu privire la dez-voltare şi simptomatologie plasează în mod clar cauzalitatea în contextul comportamentului matern. De mai mare importanţă, dintr-o perspectivă epistemologică, noţiunea că o persoană poate înţelege diada mamă-fiică separat de diada tată-fiică, relaţia maritală şi alte relaţii şi triunghiuri familiale interconectate (care pot include bunici şi fraţi) constituie o perspectivă liniară, necontextuală a funcţionării umane, care ignoră întregul ansamblu al literaturii dedicate terapiei familiale. Pentru a ilustra acest aspect, îl rog pe cititor să ia în considerare un scurt exemplu din cadrul propriei munci clinice, vizând o fiică simptomatică evaluată de pediatrul său ca manifestând o „posibilă tulburare de

alimentaţie“. Scopul meu nu este de a prezenta cazul în toată complexitatea sa, ci, mai degrabă, de a descrie un triunghi familial cheie, central simptomatologiei şi blocajului de dezvoltare ale fiicei, dar care ar fi ignorat, în termenii observaţiei şi ai intervenţiei, de orice teoretician sau terapeut operând într-un cadru liniar sau diadic.

Exemplu clinic

La vârsta de 6 ani, Sarah B. mi-a fost adusă pentru evaluare de ambii părinţi la Clinica Menninger. În vreme ce simptomele sale includeau probleme şcolare (lipsă de atenţie, timiditate excesivă şi izolare de covârstnici), acestea stârniseră mai puţin îngrijorarea parentală decât ceea ce dl B. mi-a descris drept „mofturile la mâncare ale lui Sarah, care îi pun în pericol sănătatea“. Problemele lui Sarah apăruseră, de fapt, la vârsta de aproximativ 2 ani şi se înrăutăţiseră când începuse grădiniţa. În mod evident, Sarah nu parcurgea lin un număr de sarcini de dezvoltare adecvate vârstei sale.

Evaluarea mea, care a inclus evenimente din istoric şi tipare relaţionale curente, a dezvăluit că simptomele şi blocajul în dezvoltare ale lui Sarah au debutat în contextul unei secvenţe interacţionale repetitive în care părinţii se certau în privinţa îngrijirii acesteia. Când Sarah avea 2 ani, începuseră cu forţă maximă problemele maritale dintre dl şi dna B., axate pe chestiuni legate de parentaj. Tatăl lui Sarah se afla de partea „legii şi ordinii“, în timp ce atitudinea complementară a mamei era una de permisivitate şi distanţare, pe care ea o descria drept o atitudine de tipul „trăieşte şi lasă-i şi pe alţii să trăiască“. Până la vremea la care Sarah a fost adusă la terapie, poziţiile părinţilor deveniseră rigid polarizate, fiecare soţ provocând şi menţinând comportamentul celuilalt (de ex., cu cât tatăl intervenea mai repede şi mai intens pentru a o disciplina pe Sarah, cu atât mai puţin lua mama iniţiativă sau îşi exercita competenţa pe acest palier; cu cât mama eşua să dea glas îngrijorării cu privire la dificultăţile lui Sarah, cu atât tatăl reacţiona mai excesiv). Acest triunghi profund rigidizat, centrat pe copil, era alimentat, în parte, de faptul că niciunul dintre părinţi nu reuşea să proceseze problemele maritale şi să lucreze cu evenimentele şi chestiunile cruciale din propriile familii de origine.

La momentul la care Sarah a fost adusă pentru o evaluare, secvența de interacţiune din jurul comportamentului său alimentar simptomatic se desfăşura aproximativ după cum urmează: la masă, Sarah făcea mofturi la mâncare sau susținea că nu-i este foame. Dl B. se grăbea să intervină apelând la reguli („Nu primești desert dacă nu-ți termini salata!“) și exprimându-și în mod deschis anxietățile cu privire la sănătatea fiicei, parcurgând întreaga gamă, de la îngrijorarea că Sarah era lipsită de vigoare până la a considera că fetița manifesta semnele incipiente ale instalării unei tulburări alimentare care-i va pune viața în pericol. În mod previzibil, mama lui Sarah intervenea în mijlocul încercărilor soțului de a regla alimentația fetiței, printr-o atitudine de tip „las-o în pace“, care îl înfuria pe dl B. și îl făcea să-și redirecționeze intensa preocupare de la fiică la soție. Urmau apoi certurile maritale, iar Sarah se retrăgea de la masă cu o durere de stomac. Acest triunghi opera astfel de când Sarah avea 2 ani și se manifesta în diverse forme și arii de conținut. Atunci când Sarah a intrat la grădiniță, tiparul tocmai descris a început să urmeze cicluri din ce în ce mai repetitive și mai intense, axate majoritar, deși nu exclusiv, pe subiectul mâncării.

Aspecte legate de loialitate, deosebit de intense în ce-o privea pe Sarah, îi blocau acesteia capacitatea de a parcurge sarcinile de dezvoltare adecvate vârstei sale. Uneori, se plasa în rolul de aliat al mamei sale, tatăl deținând poziția exterioară în acest triunghi-cheie familial. Spre exemplu, mama îi oferea fetei deserturi „secrete“ și „mâncare nesănătoasă“, punând-o să jure că va păstra secretul în privința acestor gustări. De asemenea, îi dădea voie să încalce regulile impuse de tată („Nu se sare pe canapeaua albă!“) în absența acestuia, astfel subminându-i încercările de a-și impune autoritatea. În mod similar, tatăl o invita pe Sarah să i se alăture, în detrimentul mamei, și îi comunica repetitiv fiicei că mama sa era lipsită de competența de a-i oferi îngrijire. La momentul evaluării psihiatrice, lucrurile se intensificaseră până în punctul în care alegerea pe care Sarah o făcea între o salată și o prăjitură cu cremă devenise o dilemă încărcată cu anxietate, inconștient asociată cu „partea luată“ de Sarah în permanenta luptă maritală centrată pe copil.

Deși fără îndoială că la simptomatologia și blocajul în dezvoltare ale lui Sarah au contribuit o multitudine de factori, mi-aș dori să subliniez faptul că secvențele interacționale descrise anterior (precum și alte triunghiuri și coaliții mai puțin fățișe) nu pot fi observate și nici aduse la suprafață prin investigare și nici considerate semnificative dacă teoria evaluatorului cu privire la etiologia

simptomelor (fie că acestea sunt legate de alimentaţie sau de altceva) şi dezvoltarea feminină deficitară se bazează pe o noţiune rigidă, conform căreia drama „reală“ a dezvoltării şi diferenţierii se desfăşoară între mamă şi copil. Nu numai că rolul esenţial al tatălui este ascuns privirii pe perioada anilor preoedipieni, ci gândirea diadică blochează capacitatea evaluatorului de a identifica procesele şi triunghiurile relaţionale propriu-zise, trecute şi prezente, care constituie pietrele de temelie ale procesului familial şi ale dezvoltării masculine şi feminine.

Excluderea taţilor din nucleul de interes al teoriilor noastre merită şi alte comentarii. Spre exemplu, în cazul lui Sarah, tatăl (dl B.) nu era părintele mai marginal sau mai distant emoţional. Încă de la naşterea lui Sarah, implicarea dlui B. în privinţa fetiţei fusese una intensă emoţional şi nuanţată de proiecţiile derivate din experienţa trăită de acesta în propria familie de origine, în care femei semnificative (incluzându-le pe mama şi sora sa mai mare) „căzuseră ca muştele“ şi nu fuseseră persoane pe care să te bazezi pentru supravieţuire. Aceste două pierderi traumatice nu fuseseră nici elaborate emoţional şi nici urmate de un doliu reuşit în cadrul familiei, conducând la implicarea ulterioară a dlui B. într-un triunghi familial toxic, alături de tatăl şi de mama sa vitregă, asemănător celui la care participa acum împreună cu soţia şi fiica sa. Mai mult decât atât, aceste pierderi neprocesate îi alimentaseră dlui B. reactivitatea amplificată faţă de Sarah, prima sa născută, precum şi atitudinea anxioasă şi protectoare cu privire la sănătatea şi comportamentul alimentar ale acesteia. Cu toate acestea, chiar dacă dl B. şi-ar fi gestionat anxietatea şi intensitatea emoţională prin intermediul distanţării defensive (aşa cum fac mulţi bărbaţi), acest lucru nu l-ar fi transformat într-un actor mai periferic pe scena vieţii familiale timpurii. Distanţarea şi dezangajarea nu au un impact mai redus asupra relaţiilor familiale, decât au polii opuşi ai implicării excesive şi fuziunii. Este imperativă examinarea atentă a tendinţei noastre de a-i împinge pe bărbaţi în poziţia periferică a unui „celălalt“ în cadrul sferei domestice, la fel cum femeile au fost împinse în această poziţie în domeniul public. În mod similar, trebuie să ne ferim de la a adera la convingeri statice şi limitate cu privire la rolul tatălui (de ex., taţii furnizează „spaţiu în afara mamei“ sau facilitează slăbirea unei uniuni simbiotice mamă-copil), care nu servesc decât la blocarea capacităţii noastre de a observa în mod obiectiv maniera în care se desfăşoară un proces triadic şi circular într-o anumită familie.

„Lupa“ prin care priveşte Chernin pentru a înţelege identitatea şi dezvoltarea feminine acoperă cea mai mare parte a gândirii psihanalitice feministe curente,

ale cărei reflexii se combină cu premisele culturale dominante, evitând o perspectivă sistemică sau contextuală asupra fenomenelor din perioada dezvoltării. Problema, în opinia mea, este o reflectare a persistentei noastre compartimentări a datelor extrase din metodele retrospective ale psihanalizei şi din observaţiile sistemice ale teoreticienilor terapiei sistemice familiale. Implicaţiile cu privire la tratament sunt profunde, de vreme ce tehnica şi intervenţia clinice derivă natural din teorie. Dacă mama şi fiica sunt privite ca reprezentând, fiecare, sursa primară a nefericirii celeilalte — dacă simptomatologia unei fiice este consecinţa limitărilor mamei sale şi a lipsei de competenţă emoţională a acesteia —, în acest sens vor fi direcţionate şi investigaţiile şi intervenţiile. Iar dacă mamele sunt întru totul responsabile, fiind în acelaşi timp victime nevinovate, atunci care este sarcina terapeutică pentru femei? Pentru Chernin, a depăşi culpabilizarea mamei înseamnă a deveni conştiente de furia, frustrarea şi sentimentul nostru de abandon. „Iar apoi, odată ce am supravieţuit şocului conştientizării mâniei noastre faţă de mamă, trebuie să învăţăm cum s-o plasăm într-un context social.“ Cu siguranţă că a plasa mânia faţă de mamă într-un context social este mult mai bine decât să nu avem niciun context. Mă întreb însă dacă femeile aflate în terapie pot obţine o experienţă pozitivă şi echilibrată cu privire la sinele propriu sau la celălalt atunci când interacţiunile mamă-fiică nu sunt poziţionate în contextul celorlalte relaţii familiale în cadrul cărora există diada respectivă.

„Teoria sinelui-în-relație“, un nou model al dezvoltării feminine

Teoria sinelui-în-relație, postulată de Jordan și Surrey (1986), introduce un nou model al dezvoltării și identității feminine, bazat pe o reinterpretare a teoriei psihanalitice curente și pe căutarea unor principii de dezvoltare a sinelui nebazate pe un model masculin. În vreme ce bogăția formulărilor acestora nu poate fi rezumată aici, teza lor centrală este că „femeile își organizează sentimentul identitar, găsesc sens existențial, ating un sentiment de coerență și identitate și se simt motivate în contextul unei relații“ (p. 102), fie că este vorba despre o relație reală, actuală, sau de una internalizată. Autoarele își plasează modelul în contrast cu accentul pus de teorie în mod obișnuit pe realizarea autonomiei și separării, ca mărci ale maturității emoționale — o perspectivă pe care acestea o privesc drept un model masculin, care nu reflectă experiența unică a femeilor. Teoria sinelui-în-relație subliniază dezvoltarea empatiei reciproce în cadrul diadei mamă-fiică, autoarele considerând că aceasta se desfășoară într-o manieră relativ mai lină și mai netulburată decât în cazul mamei și al fiului, astfel facilitând investiția specială și confortul pe care femeile le regăsesc în contextul relaționării.[38]

Teoria sinelui-în-relație prezintă o direcție diferită a gândirii feministe decât cea reprezentată de scrierile lui Chernin, care nu se îndepărtează în mod semnificativ de teoria psihanalitică actuală și de cea kleiniană; contribuția acesteia rezidă mai degrabă în capacitatea sa de a evidenția influența factorilor sociali și istorici asupra vieților femeilor și de a adăuga acest element tabloului psihologic. În contrast, lucrările lui Jordan și Surrey urmează tradiția stabilită de Miller (1976) și Gilligan (1982), care susțin dezvoltarea unor noi concepte și a unui nou limbaj de descriere a experienței feminine. Aici, sarcina nu se limitează la depășirea modelului de „deficit“ al dezvoltării feminine și la luarea în considerare a contextului social. În schimb, Jordan și Surrey introduc un nou model al dezvoltării feminine care descrie într-o manieră pozitivă, și nu negativă implicațiile interacțiunii mamă-fiică și reafirmă valorile feminine tradiționale de îngrijire și conectare. Descrierea pozitivă a relaționării timpurii dintre mamă și

fiică se află într-un contrast extrem de clar cu caracterizarea mai familiară pe care Chernin o face acestei diade, ca fiind în principal nuanțată de agresivitate și conflict.

Din perspectiva mea, contribuția teoriei sinelui-în-relație este multifațetată. În primul rând, curajul intelectual și integritatea autoarelor în termenii formulării unei noi teorii, precum și respectul acestora față de femei și evidenta lor capacitate de a-și exprima ideile servesc ca model pentru teoreticieni și practicieni, ceea ce este valabil și în ce privește munca de pionierat întreprinsă de Miller (1976). În plus, Jordan și Surrey pun la îndoială o înclinație psihanalitică adânc înrădăcinată înspre patologizarea dezvoltării feminine în general și a relației mamă-fiică în particular. O contribuție majoră a teoriei sinelui-în-relație constă în redefinirea pozitivă de către autoare a legăturii evoluânde dintre mamă și fiică, ceea ce oferă echilibru teoriilor existente (incluzând o mare parte a contribuțiilor feministe), axate în principal, dacă nu exclusiv, pe „partea mai întunecată“ a acestei diade.

Cu toate acestea, centrarea exclusivă a autoarelor pe legătura mamă-fiică (incluzând presupunerile teoretice implicate de o asemenea centrare) este cea pe care eu o privesc ca problematică. Teoria sinelui-în-relație nu se îndepărtează de noțiunea că instaurarea identității și a sinelui ca structură psihologică organizatoare (și a capacității aferente de relaționare empatică) se dezvoltă în contextul interacțiunii timpurii dintre mamă și copil și nici nu o extinde. În vreme ce Jordan și Surrey valorizează explicit o perspectivă sistemică, interactivă, și chiar afirmă la un moment dat (p. 88) că nu intenționează ca modelul sinelui-în-relație să fie privit ca specific relației nucleare mamă-fiică, această viziune mai largă nu este inclusă în ansamblul teoriei propriu-zise. Ca și în cazul lui Chernin, invizibilitatea tații și a procesului familial de bază este frapantă. Din nou, această problemă se regăsește în întreaga gândire psihanalitică feministă, poate pentru că idealul nostru de înțelegere a rețelei de relații interactive care afectează dezvoltarea nu poate fi atins atunci când realitatea este observată numai dintr-un unghi psihanalitic.

Spre exemplu, Jordan și Surrey remarcă faptul că fizica newtoniană, care pune accentul pe structura statică și pe obiecte separate, aflate în stare de inerție, a deschis drumul pentru „noua fizică“ și teoria cuantică, ce se axează pe fluxuri, unde și interconexiuni. Tocmai această înțelegere din ce în ce mai extinsă a proceselor, relațiilor și interacțiunilor este cea vizată în mod explicit de autoarele noii teorii a dezvoltării feminine. Așadar, acestea resping vechiul model

unidirecţional de dezvoltare, în care mama modelează bebeluşul într-o manieră liniară, construind în schimb un model al interacţiunii bilaterale. În mod similar, ele nu formulează conceptul de sine drept o unitate conţinută, separată, menţionând că „teoreticienii sistemici au aplicat recent teoriei dezvoltării ideea unui set de unităţi în interacţiune, conectate unele cu altele prin relaţii“ (p. 84). Autoarele continuă însă prin a izola diada mamă-copil de procesul familial (precum şi de contextul social patriarhal) şi de a o trata drept o entitate distinctă, separată, în cadrul căreia se presupune că se desfăşoară dezvoltarea şi menţinerea imaginilor sinelui, a sentimentului de identitate, a motivaţiei şi a structurilor sinelui. Voi aduce un scurt comentariu cu privire la implicaţiile acestei perspective în ceea ce priveşte teoriile referitoare la apartenenţa de gen.

Centrarea pe mamă și dihotomiile de gen

Dintr-o perspectivă sistemică, construirea sinelui ori a identităţii şi capacitatea corespondentă de stabilire a unei conexiuni empatice se dezvoltă în contextul unor procese familiale complexe, care sunt la rândul lor modelate şi cărora li se dă formă de contextul cultural în care se înscrie familia. De vreme ce băieţii şi fetele îl privesc pe părintele de acelaşi sex ca model a ce înseamnă să fii de sex masculin sau feminin — bărbat sau femeie —, structurile psihologice de bază nu se formează în cadrul unei diade izolate. În schimb, capacităţile relaţionale şi structura sinelui reflectă mulţi factori aflaţi în interacţiune, incluzând triunghiuri-cheie familiale, relaţia dintre părinţi, nivelul de diferenţiere al fiecărui părinte de propria familie de origine, precum şi capacitatea fiecărui părinte de a forma o legătură emoţională apropiată cu copilul, relativ separată de aspectele maritale şi de alte aspecte relaţionale, trecute şi prezente. Sarcina bebeluşului şi a copilului de diferenţiere a sinelui şi de separare a sinelui de celălalt (menţinând în acelaşi timp conectarea emoţională cu alţi membri-cheie ai familiei) include o clarificare a manierei în care acesta este atât similar, cât şi diferit de fiecare părinte şi a gradului în care expresiile diferenţei sunt acceptabile în cadrul familiei. Dintr-o perspectivă sistemică, membrii familiei constituie atât cauza, cât şi efectul comportamentului celorlalţi membri, iar funcţionarea unuia sau a doi dintre membri nu poate fi înţeleasă separat de întreg.

Acest rezumat parţial şi simplist nu are alt scop decât furnizarea unui contrast sau fundal premiselor psihanalitice cu privire la primatul şi exclusivitatea diadei preoedipiene mamă-copil. Dacă se porneşte de la presupunerea că procesul principal de dezvoltare şi structurarea identităţii au loc între mamă şi copil, vor urma în mod natural anumite generalizări şi ipoteze polarizate cu privire la diferenţele de gen. Datul fundamental, reificat ca adevăr, este că băieţii se diferenţiază şi îşi dezvoltă structurile cu privire la sine versus altul în relaţie cu părintele de sex opus, în timp ce fetele parcurg aceeaşi sarcină de dezvoltare cu părintele de acelaşi sex. Din punctul de vedere al anumitor teoreticieni feminişti psihanalitici, această ipoteză fundamentală se bazează pe tabloul construit social al vieţii familiale şi profesionale (şi deci s-ar modifica în contextul egalităţii de gen şi al parentajului comun); din perspectiva altora, acest dat pare să transcendă specificul patriarhatului şi rolurile de gen prescrise. Oricare ar fi cazul, pe această cale se formează noţiunile polarizate şi dihotomice cu privire la masculinitate şi feminitate. Care sex este considerat ca distingându-se printr-un nivel mai înalt al unui aspect pozitiv sau negativ depinde de înclinaţia particulară a fiecărui teoretician. Spre exemplu, Chodorow (1978) presupune că fetiţa preoedipiană este privită ca „o extensie ori un dublu al mamei înseşi“ (p. 109), ceea ce conduce la „o confuzie de graniţe şi o absenţă a sentimentului de separare în lume“ (p. 110). Şi scrierile mele (1980) s-au axat într-un mod rigid pe dificultăţile specifice întâmpinate de mame şi fiice în parcurgerea procesului de diferenţiere, cauzate de uniformitatea de gen. În contrast, Jordan şi Surrey (1968) postulează că uniformitatea mamă-fiică facilitează relaţionarea empatică şi conduce la capacităţile relaţionale augmentate ale fetelor. Întrucât se presupune că băieţii îşi dezvoltă structurile psihologice în relaţie cu un părinte de sex opus, aceştia se caracterizează printr-o „poziţie relaţională fundamentală de lipsă a conectării şi a identificării“ (p. 90).

În vreme ce multe dintre teoriile feministe (precum şi dintre cele antifeministe) acordă o atenţie specială capacităţii femeilor de afiliere, îngrijire şi orientare înspre relaţii, Jordan şi Surrey abordează acest subiect cu o excepţională sensibilitate şi profunzime. Din nefericire însă, acestea nu plasează diferenţele masculin-feminin în niciun context social. Spre exemplu, după ce descriu capacitatea de empatie şi atenţia reciprocă ce, în opinia lui Jordan şi Surrey, circulă natural între mamă şi fiică, ele afirmă: „Contrastul în ce priveşte dezvoltarea acestei capacităţi în rândul băieţilor este demonstrat de descrierea oferită de un pacient a experienţei sale din copilărie drept a «învăţa să nu ascult», a învăţa să «nu mai aud vocea mamei, ca să nu fiu distras de la a-mi urmări propriile interese»“ (p. 89). Ceea ce este semnificativ aici este faptul că

autoarele nu prezintă acest exemplu cu scopul de a ilustra o disfuncţie individuală, familială şi/sau culturală, ci mai degrabă pentru a ilustra linia de dezvoltare „diferită“ parcursă de băieţi. Este notabil faptul că Jordan şi Surrey nu par să ia în considerare în lucrarea lor scrieri şi cercetări precum cele întreprinse de Miller (1976), care leagă minuţios diferenţele de sex de inegalitatea de gen şi de natura complexă a grupurilor dominante şi subordonate; de Kanter (1977), care demonstrează puterea copleşitoare a contextului profesional în termenii determinării înclinaţiilor relative ale unui individ înspre ambiţie şi afiliere; şi de Chodorow, care susţine că diferenţele de personalitate aferente apartenenţei de gen se dezvoltă într-o formă familială specifică, prevalentă în cadrul societăţii capitaliste industrializate. Din contră, teza centrală a lui Jordan şi Surrey, conform căreia femeile găsesc sens şi motivaţie în contextul relaţiilor şi al îngrijirii, în vreme ce bărbaţii îşi bazează identitatea pe autonomie şi separare, aminteşte de lucrarea lui Gilligan (1982), axată pe premisa că aceste diferenţe de gen sunt oarecum echivalente cu nişte daturi universale. Aşadar, ce se consideră necesar nu este o reformă socială ori o reorganizare a structurii familiale şi a vieţii profesionale, care să faciliteze, pentru ambele sexe, un echilibru mai adaptativ şi mai flexibil între „eu“ şi „noi“, între muncă şi iubire. Din contră, schimbările sociale ar reflecta mai degrabă o doctrină de tipul „separaţi, dar egali“, care recunoaşte, validează şi facilitează linia de dezvoltare diferită a femeilor şi capacităţile superioare de îngrijire ale acestora.

Modelul sinelui-în-relaţie reprezintă o construcţie teoretică deosebit de valoroasă, atât în termenii conţinutului (care ne aduce mai aproape de realităţile pozitive ale vieţilor femeilor), cât şi ai spiritului feminist de investigare. Accentuarea de către autoare a aspectului anterior subestimat al relaţionării empatice şi descrierea de către acestea a sinelui relaţional, care se dezvoltă în cadrul contextului permanent al conectării şi întăririi reciproce, constituie, în opinia mea, un model pentru întregul ansamblu al dezvoltării umane. Cu toate acestea, Jordan şi Surrey, ca şi alţi teoreticieni psihanalitici, polarizează diferenţele de gen, acestea părând să fie bazate pe premise implicite cu privire la primatul maternajului timpuriu şi pe convingerea aferentă că interacţiunile cu copiii de acelaşi sex sau de sex opus vor conduce la căi de dezvoltare diferite, dacă nu chiar opuse. Întrucât Jordan şi Surrey conferă o atenţie amănunţită şi plină de respect procesului de maternaj şi aspectelor pozitive, adaptative, ale relaţiei mamă-fiică, ar fi nevoie de o foarte bogată imaginaţie pentru a cataloga scrierile lor ca circumscriindu-se „culpabilizării mamei“. Contribuţia lor teoretică pare într-adevăr să se îndrepte în direcţia opusă. Mi-aş dori însă să-mi subliniez convingerea că orice cadru axat pe mamă, nesistemic, de înţelegere

a comportamentului, le prezintă implicit pe mame drept responsabile (chiar dacă nu aceasta este intenţia), în sensul că se presupune că plasarea cauzalităţii sau a „spațiului în care se întâmplă lucrurile“ (fie că se focalizează pe dezvoltarea normală sau pe cea patologică) rezidă în principal în cadrul diadei timpurii mamă-copil. Această convingere, pe care se bazează teoria relațiilor de obiect, nu descrie existența taților — și nici complexitatea și diversitatea tiparelor de interacțiune propriu-zise din familiile reale.

Un post-scriptum cu privire la polarități

Revenirea completă, în cadrul literaturii feministe recente, la reificarea noțiunilor dihotomice cu privire la masculinitate și feminitate și a perspectivelor polarizate referitoare la dezvoltarea masculină și feminină necesită o examinare critică. Pe de o parte, redefinirea și validarea capacităților relaționale ale femeilor constituie o contribuție esențială a cercetării feministe, de vreme ce atributele feminine tradiționale au fost devalorizate în cadrul societății noastre competitive, marcată de război și aflată sub dominația bărbaților, în care se întâmplă prea frecvent ca dobândirea puterii și urmărirea ulterioară a obținerii unui nivel din ce în ce mai înalt de putere să aibă întâietate față de relațiile umane și uneori chiar față de viețile umane. Cu toate acestea, teorii recente cu privire la psihologia femeilor reifică și exagerează diferențele de gen fără a păstra în vedere contextul familial și social mai extins, ceea ce conduce la o falsă polarizare a sexelor, în maniere care contravin atât preciziei științei, cât și bogăției și diversității experienței umane. Afirmații precum: „Pentru femei, sinele se dezvoltă în cadrul unui context de relaționare; pentru bărbați, prin separarea de acesta“ sau „Femeile își definesc identitatea prin intermediul rețelelor sociale și familiale; bărbății, printr-un proces de individuație, autonomie și reușită“ sau „Orientarea fundamentală a femeilor este înspre îngrijire“ vorbesc despre tendința noastră îndelung consolidată (de la care feministele nu fac excepție) spre moduri de gândire dihotomice și polarizate.

În ce privește teoria sinelui-în-relație, sunt de acord cu opinia lui Jordan și Surrey că femeile își organizează identitatea și găsesc sens în cadrul unor contexte relaționale reale sau internalizate. Însă implicația că bărbații, în contrast, nu își dezvoltă sinele și nu găsesc sens în contextul relațiilor îmi pare suspectă, de vreme ce toți oamenii se dezvoltă în contextul unor relații familiale constante și eșuează în dezvoltare în absența conexiunilor umane. În mod similar, orice caracterizare dihotomică a afilierii și îngrijirii versus autonomie și reușită reflectă o evidentă confuzie conceptuală, de vreme ce intimitatea matură și de succes necesită un înalt nivel de diferențiere și separare (i.e., capacitatea de a-l defini pe „eu“ din „noi“), precum și capacitatea fiecărui partener de a-și formula țeluri și ambiții personale în afara relației. Știm și că, atâta vreme cât li

se pun la dispoziţie suficiente oportunităţi, un anumit statut şi acces la resurse financiare şi putere, atât bărbaţilor, cât şi femeilor le-ar putea fi dificil să-şi limiteze ambiţiile pentru a aloca mai mult interes relaţiilor importante. Atingerea unui „echilibru în viaţă“ reprezintă o luptă dusă de ambele sexe pe tot parcursul vieţii, iar reciprocitatea circulară a funcţionării excesive/deficitare a sexelor în sferele domestice şi publice conduce la un proces circular de întărire reciprocă dificil de întrerupt.

Acestea nu înseamnă că am considera că problematica de gen este una invizibilă ori neimportantă şi nici că am nega faptul că apartenenţa de gen constituie o variabilă crucială în organizarea experienţei umane. Nu ar trebui nici să ne descurajeze de la a aduce în discuţie generalizări cu privire la diferenţele dintre sexe. Spre exemplu, într-un cuplu specific, este mai probabil ca bărbatul să gestioneze anxietatea şi intensitatea prin distanţare şi dezangajare şi ca femeia să reacţioneze prin urmărirea sau căutarea unui nivel mai mare de apropiere. În mod similar, este mai probabil ca bărbatul să urmărească ţeluri personale şi vocaţionale în detrimentul legăturilor şi responsabilităţilor de familie şi mai probabil ca femeia să facă opusul. De asemenea, factori istorici, în combinaţie cu structura familială tradiţională, au condus la crearea de roluri parentale care tind să aibă un impact diferit asupra fiecăruia dintre sexe. Spre exemplu, mulţi bărbaţi au fost crescuţi de taţi indisponibili fizic şi emoţional şi de mame omniprezente (împiedicate de la urmărirea ţelurilor personale), ale căror aspecte băieţeii fiind ulterior încurajaţi să le respingă la ei înşişi. O asemenea structură familială nu prea are cum să favorizeze stabilirea unei identităţi masculine ferme şi capacitatea de intimitate corespondentă. În cele din urmă, diferenţele biologice dintre sexe contribuie în plus la acest tablou.

Cei dintre noi interesaţi de diferenţele de gen şi de psihologia femeilor se confruntă deci cu o provocare dificilă. Studiul diferenţelor de grup de orice natură ne solicită să facem generalizări de la care există multe excepţii. Facem acest lucru nu pentru a eclipsa diversitatea din cadrul grupurilor, ci mai degrabă pentru a înţelege filtrele diferite prin care oamenii privesc lumea. Din nefericire, tocmai aceste generalizări tind să conducă la stereotipizarea şi simplificarea oamenilor, la accentuarea sau exagerarea diferenţelor intergrupale, în acelaşi timp minimizând asemănările şi aspectele comune ale experienţei, precum şi creând noţiuni statice cu privire la ce este natural, sănătos, dat de la Dumnezeu, „corect“ sau cel mai bine pentru un grup specific.

Aşadar, generalizările cu privire la gen sunt atât necesare, cât şi inerent

problematice. Să luăm, spre exemplu, premisa de bază a lui Jordan şi Surrey, că mamele se simt mai confortabil şi mai conectate afectiv cu fiicele şi că este mai probabil ca empatia autentică să se dezvolte în cadrul acestei legături. Autoarele scriu: „De vreme ce a fi bărbat nu este ceva cu care mama să fi avut o experienţă directă, ea trebuie să se comporte la fel cum i-a văzut pe alţii comportându-se cu băieţii sau trebuie să-şi imagineze ce-ar trebui făcut“ (p. 88). Această generalizare, asemenea altora de acelaşi tip, este una valoroasă şi merită luată în considerare, dar numai fiind conştienţi că este posibil să nu aibă nimic de-a face cu ceea ce se întâmplă, de fapt, în cadrul unei diade ori familii specifice. Spre exemplu, o mamă care a fost sora unor fraţi mai mici în propria familie de origine se poate simţi deosebit de confortabil cu fiii, poate chiar mai mult decât cu fiicele. În plus, particularităţile istoriei de familie adesea prevalează asupra aspectelor de gen.

Spre exemplu, am în prezent în terapie o femeie care are o soră mai mare, cronic simptomatică, soră ce a constituit în mod intens şi permanent centrul preocupării parentale. Un frate mai mic a fost relativ lipsit de procesul familial proiectiv şi a parcurs copilăria şi prima etapă a vieţii adulte în absenţa vreunei tulburări majore. Când pacienta mea s-a căsătorit şi a făcut doi copii, a devenit, în mod previzibil, axată pe prima sa născută, în contextul unei reactivităţi negative faţă de aceasta, pe care o fuzionase în propria minte cu sora sa mai mare, subfuncţională. Interacţiunile timpurii cu fiul au fost mult mai calme, mai puţin alimentate de anxietate şi proiecţie, şi mai marcate de o empatie autentică şi de o capacitate de a-l accepta şi a-l recunoaşte pentru cine era. Firește, prezicerea unor diferenţe precise cu privire la relaţiile mamă-fiu sau mamă-fiică într-un caz particular ar necesita studierea unei genograme complete de familie şi deţinerea accesului la date importante despre istoria familială. Ar fi necesare şi informaţii referitoare la relaţia maritală şi la relaţia tată-copil, de vreme ce acestea modelează relaţia mamă-copil, în aceeaşi măsură în care sunt modelate de aceasta.

Nu am inclus fragmentul anterior de informaţii clinice pentru a critica ipotezele importante oferite de către Jordan şi Surrey cu privire la relaţionarea mamă-fiică. Atenţia minuţioasă acordată de cele două autoare desfăşurării pozitive a interacţiunilor în cadrul acestei diade constituie o contribuţie esenţială şi îndelung aşteptată. Ceea ce am vizat este mai degrabă a sublinia natura problematică a creării de generalizări cu privire la gen, admiţând în acelaşi timp că generalizările sunt inevitabile în contextul unor discuţii despre diferenţele de grup. Atunci când generalizările sunt formulate privitor la membri ai unor

grupuri subordonate (de ex. persoane de culoare, femei, minorităţi etnice), există riscul adiţional ca aceste generalizări să fie oferite în afara contextului statutului subordonat al grupului, în maniere care vor fi utilizate pentru a justifica sau a întări starea de fapt şi a ascunde necesitatea de schimbări sociale.

Lucrarea lui Gilligan (1982), aşa cum a fost interpretată pe scară largă, ilustrează tocmai această problemă. În rolul meu de furnizor de consultanţă în organizaţii şi seminare pentru echipe manageriale, aud adesea despre cercetarea lui Gilligan, interpretată ca demonstrând că, în contexte profesionale, femeile sunt în principal interesate de sentimentele oamenilor şi de legăturile personale, în vreme ce bărbaţii gândesc în termeni raţionali, logici şi abstracţi şi sunt în principal orientaţi către sarcina de lucru. Dacă o astfel de generalizare abstractă s-ar baza pe fapte concrete, niciun angajator rezonabil n-ar angaja femei, de vreme ce funcţia primară a unei organizaţii este de a-şi asigura propria viabilitate economică şi de a-şi realiza obiectivele; organizaţiile nu există pentru a crea legături de afiliere şi ataşament între angajaţi, deşi, în mod ideal, acest aspect va fi facilitat. În vreme ce Gilligan însăşi îşi exprimă consternarea cu privire la maniera în care scrierile sale sunt utilizate în scopul întăririi vechilor s-tereotipuri, limbajul generalizărilor sale şi eşecul de a pune în legătură diferenţele de gen şi fundamentala inegalitate dintre sexe în termenii puterii şi ai autorităţii pot amplifica problema şi contribui la continuarea polarizării sexelor, ce are la bază exagerarea diferenţelor şi estomparea similitudinilor.

În acest caz, ce putem face pentru a diminua problemele asociate cu studiul genului? În primul rând, putem fi atenţi la limbajul pe care îl alegem. Un şir nesfârşit de probleme pot urma afirmaţiei: „Identitatea femeilor se bazează pe îngrijire şi solicitudine, în vreme ce identitatea bărbaţilor se bazează pe reuşită şi autodezvoltare“. Dacă vrem să comparăm sexele, ar fi mult mai corect să spunem, spre exemplu: „Mai multe femei decât bărbaţi îşi bazează identitatea pe îngrijire şi solicitudine“ sau „Mai mulţi bărbaţi decât femei îşi urmează ambiţiile şi aspiraţiile în detrimentul relaţionării intime şi al îngrijirii“.

În al doilea rând, putem recunoaşte reciprocitatea circulară dintre sexe. Anume are loc un dans de întărire reciprocă între poziţia femeilor de funcţionare excesivă în relaţii şi îngrijire şi funcţionarea deficitară a bărbaţilor pe acest palier (Lerner, 1985). În mod similar, există o interconectare circulară între poziţia exterioară a femeilor în sfera publică şi poziţia exterioară a bărbaţilor în sfera domestică. Dintr-o perspectivă sistemică, putem anticipa că, cu cât continuăm mai mult reificarea şi glorificarea capacităţilor de îngrijire şi solicitudine ale

femeilor ca reprezentând o linie de dezvoltare „separată, dar egală“, cu atât va fi mai puţin probabil ca bărbaţii să-şi identifice şi să-şi utilizeze propriile competenţe pe acest palier.

În al treilea rând, trebuie să admitem faptul că diferenţele de gen implică relaţii între membri ai grupului dominant şi ai celui subordonat şi deci trebuie întotdeauna privite în cadrul acestui context sociocultural mai extins. Spre exemplu, tocmai acele trăsături, calităţi şi comportamente pe care Gilligan, J-ordan şi Surrey le cataloghează ca fiind specifice femeilor sunt aceleaşi demonstrate de cercetare ca fiind caracteristice oricărui grup subordonat. Concluziile lui Gilligan ar arăta cu siguranţă destul de diferit dacă ar fi interpretate în cadrul de referinţă mai larg al cercetărilor lui Kanter (1977) asupra variabilelor contextuale la locul de muncă sau al accentului pus de Hare-Mustin (1987) pe putere şi ierarhie. În cercurile psihanalitice, textul clasic al lui Miller (1976), Towards a New Psychology of Women (Înspre o nouă psihologie a femeilor), rămâne un excelent exemplu al unei perspective care identifică şi confirmă puterile de afiliere ale femeilor într-o manieră echilibrată, care nici nu devalorizează şi nici nu glorifică psihologia feminină, plasând cu atenţie puterile specifice şi problemele femeilor în cadrul contextului grupurilor dominant şi subordonat.

Nu în cele din urmă, trebuie să recunoaştem faptul că diferenţele de gen nu trebuie înţelese numai în contextul sociopolitic mai larg, ci şi în contextul familial mai larg. Presupunerea psihanalitică, potrivit căreia diferenţele de gen pot fi studiate din perspectiva limitată a diadei mamă-copil sau că orice diadă poate fi înţeleasă separat de întregul din care face parte, este profund problematică, reflectând polaritatea dintre gândirea psihodinamică şi cea sistemică, precum şi nivelul dramatic la care am ales să rămânem ignoranţi cu privire la procesul familial sistemic. Dacă vom continua să formulăm cercetări şi să generăm teorii din acest unghi îngust, vom ajunge să ne asemănăm foarte mult bărbatului proverbial care şi-a pierdut cheile pe alee, dar le căuta sub felinar, pentru că acolo lumina era mai bună.

Deşi un bun antidot la problemele discutate ar fi ca feministele de orientare psihanalitică să studieze serios procesele familiale, o acreditare de „terapeut de familie“ sau de „teoretician sistemic“ nu garantează câtuşi de puţin o poziţie de mai mare claritate, complexitate sau virtute (Luepnitz, 1984). Aşa cum remarcă

Bograd (1986) şi alţi terapeuţi de familie, limbajul sistemic adesea maschează explicaţii liniare, iar cauzalitatea circulară sau recursivitatea deschide frecvent calea către culpabilizarea mamei. Mai mult decât atât, până recent, terapeuţii de familie realmente au ignorat subiectul genului (Goldner, 1985; Taggart, 1985; Hare-Mustin şi Marecek, 1986), ceea ce nu reprezintă decât polul opus al centrării obsesive şi reducţioniste a psihanaliştilor pe acesta. Hare-Mustin (1987) observă că puţini dintre noi sunt aceia care găsesc o cale de mijloc între ceea ce autoarea numeşte prejudecata alfa (exagerarea diferenţelor de gen) a teoriilor psihodinamice şi prejudecata beta (minimizarea sau ignorarea acestora) a abordărilor sistemice.

Nu în cele din urmă, vreau să subliniez faptul că întrebările pe care le-am ridicat aici sunt unele la care cu toţii trebuie să continuăm să ne gândim şi să încercăm să găsim răspunsuri. Lucrările cărora le-am adus aici o critică constituie contribuţii valoroase la psihologia feminină, în pofida prezenţei unor dileme încă nerezolvate, pentru care nu există soluţii simple. Aşa cum afirmă Carter (1985), scurt şi concis: „Cum ne vom raporta la rolul central pe care mama îl joacă în viaţa emoţională a familiei? Dacă o ignorăm sau o repudiem, eşuăm în a-i recunoaşte eforturile şi importanţa; dacă ne axăm excesiv asupra ei, o culpabilizăm pentru problemă şi/sau o considerăm responsabilă pentru schimbare“ (p. 78). Ca şi Chernin, Jordan şi Surrey, Carter ne reaminteşte că mamele şi fiicele într-adevăr formează o axă centrală a vieţii emoţionale familiale şi că această relaţie nu a primit atenţia care i se cuvine. Însă cum începem să-i acordăm atenţie, menţinând, totodată, o perspectivă care vizează procesul familial, care să nu minimizeze sau să eclipseze rolul taţilor, complexitatea relaţiilor interconectate şi impactul culturii şi al statutului subordonat al femeilor? Şi cum creăm un limbaj care să ne permită să discutăm despre diferenţele de gen sau să dezvoltăm mai departe o „psihologie a femeilor“, într-o manieră care să nu reifice stereotipuri ori să prezinte apartenenţa de gen sub forma unei dihotomii, în cel mai bun caz reducţioniste şi, în cel mai rău caz, prescriptive? În mod cert, nu pretind să am răspunsurile care am încredere că vor veni din eforturile continue de colaborare susţinute de noi toţi. Sper însă că am pus unele dintre întrebările corecte.

Referințe bibliografice

Bernard, J. (1974), The Future of Motherhood, New York: Dial.

Bograd, M. (1986), „A feminist examination of family therapy: what is woman's place?", în Women in Therapy, 5 (2/3): 95–106.

Carter, B. (1985), „Ms. intervention's guide to «correct» feminist family therapy", în Family Therapy Networker, 9 (6): 78–79.

Chernin, K. (1984), In My Mother's House: A Daughter's Story, New York: Harper & Row.

_____ (1986), The Hungry Self: Women, Eating and Identity, New York: Perennial Library.

Chodorow, N. (1978), The Reproduction of Mothering. Berkeley: University of California Press.

Chodorow, N. și Contratto, S. (1982), „The fantasy of the perfect mother", în Rethinking the Family: Some Feminist Questions, coord. B. Thome și M. Yalom, pp. 54–75, New York: Longman.

Friday, N. (1977), My Mother/Myself, New York: Dell.

Gilligan, C. (1982), In a Different Voice. Cambridge: Harvard University Press.

Goldner, V. (1985), Feminisim and family therapy. Family Process, 24 (1): 31–47.

Hare-Mustin, R.T. (1987), „The problem of gender in family therapy theory", în Family Process 26 (1): 15–27.

Hare-Mustin, R.T. și Marecek, J. (1986), „Autonomy and gender: some questions for therapists", în Psychotherapy, 23 (2): 205–212.

Herman, J.L. şi Lewis, H.B. (1986), „Anger in the mother-daughter relationship“, în The Psychology of Today’s Woman: New Psychoanalytic Visions, coord. T. Bernay şi D.W. Cantor, pp. 139–168. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.

Jordan, J.V. şi Surrey, J.L. (1986), „The self-in-relation: empathy and the mother-daughter relationship“, în The Psychology of Today’s Woman: New Psychoanalytic Visions, coord. T. Bernayand D.W. Cantor, pp. 81–104. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.

Kanter, R.M. (1977), Men and Women of the Corporation, New York: Basic Books.

Lerner, H.G. (1980), „Internal prohibitions against female anger“, în The American Journal of Psychoanalysis, 40 (2): 137–148.

-------- (1985), Dansul furiei. Ghid pentru femeile care vor să schimbe tiparul propriilor relaţii, Bucureşti: Editura Herald, 2018.

Lerner, S. şi Lerner, H.G. (1983), „A systemic approach to resistance: theoretical and technical considerations“, în American Journal of Psychotherapy, 27 (3): 387–399.

Luepnitz, D. (1984), „Cybernetic baroque: the hi-tech talk of family therapy“, în Family Therapy Networker, 8: 37–41.

Miller, J.B. (1976), Toward a New Psychology of Women. Boston: Beacon Press.

Papp, P. (1983), The Process of Change, New York: The Guilford Press.

Rich, A. (1976), Of Woman Born, New York: W.W. Norton.

Taggart, M. (1985), „The feminist critique in epistemological perspective: questions of context in family therapy“, în Journal of Marital and Family Therapy, 11: 113–126.

Women’s Project in Family Therapy. (1982), Mothers and Daughters. Monograph Series 1 (1). Vezi şi (de aceleaşi autoare) Mothers and Sons, Fathers and Daughters (1983). Monograph Series 2 (1), Washington D.C.: The Women’s

Project.

---

[34] The Women's Project in Family Therapy este un proiect dezvoltat de B. Carter, P. Papp., O. Silverstein și M. Walter.

[35] Aceasta constituie o problemă la fel de serioasă și pentru acei teoreticieni psihanalitici (de ex. lacanienii) care se concentrează numai pe tată sau care nu pot accentua îndeajuns influența acestuia.

[36] Pentru un exemplu de formulare sistemică (circulară) a comportamentului simptomatic al unui copil, precum și o descriere a travaliului terapeutic derivat din acest cadru, vezi cazul familiei „Kessler" din Lerner (1985, pp. 162–180) și Lerner și Lerner (1983). De asemenea, vezi Papp (1983, Capitolul 2) pentru o excelentă definire a gândirii sistemice.

[37] Cu siguranță că această imagine nu descrie gândirea lui Chernin. Într-o carte anterioară (1984), autoarea vorbește despre redescoperirea puterii mamei sale și a puternicei moșteniri lăsate de aceasta.

[38] Conceptul de sine-în-relație elaborat de Jordan și Surrey derivă din scrierile lui Miller și reflectă un mai mare efort de colaborare de grup din partea femeilor din cadrul Centrului Stone (Wellesley, Mass.) de a reformula psihologia și dezvoltarea feminine. Poate fi obținută o listă a tuturor lucrărilor referitoare la femei, cuprinse în Stone Center Working Papers, printr-o solicitare scrisă la adresa Stone Center, Wellesley College, Mass. 02181.

Mulțumiri

Această carte constituie o compilație de articole pe care le-am scris de-a lungul a cincisprezece ani, începând din vremea în care colaboram, în urma studiilor doctorale, cu Fundația Menninger (1972–1974), și continuând până în prezent. În toată această perioadă, am avut parte de mulți profesori deosebiți de teorie și practică psihanalitică. Aș dori să le mulțumesc tuturor acestora, prea numeroși pentru a fi numiți individual, care au contribuit la dezvoltarea mea profesională și m-au încurajat să scriu.

Fundația Menninger este o dovadă vie a vechii zicale „Dacă vrei să rezolvi ceva, roagă o persoană ocupată“. Colegii mei mi-au dăruit întotdeauna cu generozitate din timpul și competența lor, oferindu-mi și critici cuprinzătoare și înțelepte. Deosebite mulțumiri lui Otto Kernberg, Paul Pruyser, Peter Novotny, Meredith Titus, Arthur Mandelbaum, Tobias Brocher, Leonard Horwitz, Sydney Smith, Donald Colson și Marianne Ault-Riché, pentru sugestiile și comentariile aduse la unul sau mai multe dintre capitolele care apar în acest volum. Din afara fundației, Robert Seidenberg și Marie Badaracco mi-au oferit un valoros ajutor pentru paginile de început. Le sunt, de asemenea, recunoscătoare lui Jean Baker Miller, Rachel Hare-Mustin, Michelle Bograd, Patriciei Klein Frithiof, Virginiei Goldner, lui Ellen Saffer, Jane Hirschman, Jeanne Marecek și Nancy Chodorow, pentru lectura critică a Capitolului 14. Le mulțumesc, de asemenea, lui Roy Menninger, președintele Fundației Menninger, și lui Irwin Rosen, director al Secției de pacienți în ambulatoriu, pentru programul de muncă flexibil și pentru a-mi fi oferit posibilitatea de a-mi urma propriile direcții.

Am primit de-a lungul anilor ajutor pentru scrierea acestui volum și din partea altor membri ai Fundației Menninger. Îi sunt recunoscătoare Virginiei Eicholtz pentru prezența editorială încurajatoare și pentru generosul său sprijin pe parcursul carierei mele de scriitoare. Le mulțumesc, de asemenea, lui Alice Brand și echipei profesioniste de bibliotecari care și-au depășit cu mult obligațiile profesionale, atât în ce privește căutarea de referințe bibliografice, cât și ajutându-mă cu nenumărate detalii de ultim moment în decursul etapei de finalizare a acestui proiect.

Betty Hoppes a dat dovadă de extraordinare abilităţi secretariale şi a constituit o sursă generoasă de încurajare şi sprijin de-a lungul carierei mele. Încă de la bun început, Mary McLin şi Sue Spicer au demonstrat excepţionale competenţe în menţinerea unei curgeri line a lucrurilor. Jeannine Riddle şi Aleta Pennington, care s-au ocupat de tehnoredactare, au transcris manuscrise predate pe ultima sută de metri şi merită, de asemenea, deosebite mulţumiri.

Teresa Bernardez a părăsit Fundaţia Menninger înaintea venirii mele, dar acest lucru nu ne-a împiedicat să creăm o legătură şi îi rămân recunoscătoare pentru prezenţa aducătoare de inspiraţie şi energie în viaţa mea. Anthony Kowalski, Dennis Farrell, Estela Beale, Shahla Chehrazi, Sherry Levy-Reiner, Diana Hartley, Deborah Levy şi Sally Davis au fost cu toţii importanţi pentru mine în anii în care am lucrat concomitent în cadrul fundaţiei şi îi mulţumesc fiecăruia dintre aceştia pentru sprijinirea lucrului meu de-acasă.

Îi sunt în mod deosebit recunoscătoare Editurii Jason Aronson, de la care am primit invitaţia să alcătuiesc acest volum şi care a deţinut rolul principal în derularea acestui proiect. Am avut, de asemenea, norocul de a o avea pe Rachel Witty ca redactor de carte; aceasta mi-a oferit sfaturi clare şi valoroase pe parcursul pregătirii cărţii, iar lucrul alături de ea a fost o plăcere. Nancy Morgan Andreola a făcut o muncă excelentă de revizuire a manuscrisului final.

Soţul meu, Stephen Lerner, a contribuit cu critici fine la aproape fiecare capitol al acestui volum şi, alături de cei doi fii ai noştri, Matthew şi Benjamin, a creat o atmosferă iubitoare în care să pot scrie. Dragostea şi recunoştinţa mea se îndreaptă, de asemenea, către prima mea familie — părinţii şi sora mea — a cărei influenţă se reflectă în toate scrierile mele.

Am învăţat cele mai multe lucruri despre gândirea sistemică (în special despre Teoria Sistemelor Familiale Bowen) de la Katherine Glenn Kent, iar ultimele trei capitole ale acestei cărţi reflectă influenţa acesteia. Ea mi-a fost cu certitudine cel mai important mentor de-a lungul carierei mele profesionale; îi mulţumesc pentru tot ce m-a învăţat şi pentru mai mult de un deceniu de prietenie generoasă.

Nu în ultimul rând, mă simt în mod special îndatorată mişcării feministe, care mi-a permis să gândesc mai liber, să pun întrebări mai curajoase şi să mă inspir mai autentic din experienţa proprie. Încă de la începuturile carierei mele, am fost binecuvântată cu o reţea minunată de prietene şi colege feministe de la distanţă

care au venit în sprijinul muncii mele în perioade dificile şi mi-au arătat o nouă semnificaţie a comunităţii intelectuale şi a camaraderiei între femei. Le adresez deosebite mulţumiri Teresei Bernadez şi lui Jean Baker Miller, însă mi-ar fi imposibil să le numesc pe nenumăratele femei ale căror voci radicale au avut un atât de mare impact asupra mea de-a lungul ultimilor cincisprezece ani. Această carte le este dedicată tuturor acelor voci feministe.